Nr. 25. 19. czerwca 1932 Rok XI.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁAD KLINICZNY.

Prymarjusz Dr. M. T. SEIDLER. Lwów.

Leczenie operacyjne nawrotów raka narządu rodnego.

Z Oddziału Położn.-Gin. Lecznicy O. Z. K. Ch. we Lwowie.

Znaczny odsetek przypadków, ulegających nawrotom po operacji raka narządu rodnego, zmusza nas do szukania nowych środków i dróg w leczeniu nawrotów nowotworowych.

Wyniki dotychczasowe osiągane, czy to drogą operacyjną, czy naświetlaniem promieniami Roentgena, nie są zadowalające. Nie da się wprawdzie zaprzeczyć, że niekiedy spostrzegamy cofnięcie się małych ognisk nawrotów pod wpływem naświetlań rentgenowskich, naogół jednak większe guzy w postaci rozlanych nacieków są niedostępne dla promieni Roentgena. Ścisła więc i częsta obserwacja chorych rakowych, leczonych operacyjnie lub energją promieniotwórczą, staje się najkonieczniejszym warunkiem wyników leczniczych. W odpowiednim bowiem czasie zastosowana metoda lecznicza może doprowadzić do powstrzymania bujania ogniska miejscowego nawrotu i przedłużenia życia chorej, a nawet do cofnięcia się tegoż ogniska, a tem samem uratowania chorej. Nie można więc w zupełności odmówić wartości leczniczej naświetlaniom, choćby tylko w znikomej ilości nawrotów raka.

Natomiast większą korzyść trwałego wyleczenia możemy odnieść, operując nawroty łatwo dostępne, np. w powłokach, gruczołach pachwinowych, w bliznach po nacięciach pochwy i krocza. Nawrót w pęcherzu moczowym również nie jest przeciwwskazaniem do operacji. Znaczniejszą trudność w ocenianiu, czy przypadek nawrotu nadaje się do operacji, nastręczają nam przypadki nawrotów, umiejscowionych w miednicy. Nieruchomość guza niezawsze wyklucza możliwość jego usunięcia, może ona bowiem być często spowodowaną zrostami łącznotkankowemi, a nie rozległą infiltracją nowotworową. Jednym z gorących zwolenników operacji nawrotów był F r a n z, wyrażając się w swym podręczniku: „jeśli nie operujemy nawrotów, wszelka nadzieja wyleczenia jest stracona, a operacja daje przynajmniej możliwość przedłużenia życia chorej". Trwałe wyniki wyleczenia uzyskane przez powyższego operatora są wprawdzie znikome, ale przecież osiągnął w swych przypadkach przedłużenie życia od 3 do kilku miesięcy, a w jednym przypadku nawet do 8 lat. Przedewszystkiem uzasadnienie operacyjne najwięcej trafia nam do przekonania w przypadkach nawrotów rozrastających się w miednicy, a powodujących przez ucisk szalone bóle.

Niemożność zastosowania w przypadkach nawrotów w miednicy najskuteczniejszego środka w walce z rakiem, jakim jest rad, tem więcej usprawiedliwia operację. Stosując bowiem rad w odpowiednich rurkach lub zapomocą nakłuć igłami radowemi drogą pochwy lub odbytnicy, osiągamy również nieszczególne wyniki, gdyż tylko strona nacieku nowotworowego zwrócona bezpośrednio do radu podpada jego działaniu, natomiast komórki nowotworowe od strony miednicy mogą dalej się rozrastać. Zwiększenie zaś dawki powoduje zniszczenie tkanki zdrowej otaczającej, a przez to zmniejszenie miejscowej zdolności obrony ustroju. Z chwilą stworzenia w Curieterapji przez autora francuskiego R e g a u d'a t. zw. chirurgji dostępu, zaczęto posługiwać się nią również w leczeniu nawrotów. W a r n e k r o s w klinice Bumma aplikował rurki radowe przez dół kulszowoodbytniczy *(fossa ischiorectalis)*. Tak zwane pararektalne stosowanie polega na tem, że robi się małe cięcie obok odbytu, następnie tłuszcz w dole kulszowoodbytniczym na tępo się rozdziela i wprowadza się rad bezpośrednio w naciek i na ścianę miednicy. Ostatnio K a m n i k e r z kliniki Pehama podaje dobre wyniki lecznicze posługując się tą metodą. Opisuje przypadek wyleczenia nawrotu, wielkości małego orzecha, umiejscowionego w okolicy przymacicza po zastosowaniu pararektalnem radu. N o w a k radzi w naciekach umiejscowionych na kości krzyżowej, zakładanie radu drogą krzyżową, po uprzedniej resekcji kości ogonowej, przy zajęciu zaś gruczołów biodrowych wewnętrznych dochodzi do nich drogą pozaotrzewnową i zakłada rurki Dominici'ego bezpośrednio w ognisko nowotworowe. Powyższy przypadek skończył się letalnie, z powodu przebicia nawrotu do naczyń biodrowych i krwotoku. Pamiętać jednak należy, że w miejscu założenia radu powstaje przetoka, przez którą wydzielają się masy nowotworowe, nekrotyczne, dlatego też dbać musimy o jak najdłuższe drenowanie przetoki.

Wstrzykiwanie promieni beta w stanie płynnym w ognisko nowotworowe, preparatu wyrabianego przez firmę Schering w Berlinie w przypadkach zaniedbanych i nawrotów niedostępnych, znajduje się w okresie doświadczalnym. K a m n i k e r opisuje przypadek wyleczenia nawrotu raka w cewce moczowej po wstrzyknięciu promieni beta (obserwacja 1 rok). Dzięki wstrzyknięciu powyższego preparatu uzyskuje się rozpłynięcie i martwicę guza, nie spostrzegano jednak całkowitego wyleczenia. Lepsze wyniki osiągano w połączeniu z igłami radowemi. Nie należy natomiast stosować wstrzykiwań w ognisko nowotworowe w miednicy, dość znacznie odległe od pochwy, ze względu na niebezpieczeństwo pęknięcia do jamy otrzewnowej (Kamniker opisuje dwa przypadki śmierci z powodu zapalenia otrzewnej).

Mając na względzie powyższe uwagi, zasadniczo nawroty umiejscowione w miednicy małej, leczymy w lecznicy O. Z. K. Ch. promieniami Roentgena. W wyjątkowych jednak przypadkach, o ile guzy te powodują bardzo silne bóle, a badaniem odbytniczo-pochwowem nie przedstawiają się w postaci płaskich nacieków zrośniętych z kością, w myśl zdania F r a n z a operujemy, zwłaszcza te nawroty, które po naświetlaniach promieniami Roentgena nie wykazują najmniejszej dążności do cofania się. W lecznicy O. Z. K. Ch. operowaliśmy 3 przypadki nawrotów umiejscowionych w miednicy, których historje pozwolę sobie pokrótce przedstawić.

Przypadek pierwszy dotyczy wieloródki, lat 49, A. F. Lp. 416/30 g. Badanie ginekologiczne dnia 11. V. 1929. Część pochwowa znacznie skrócona w postaci rozpadającego się kalafjora, odchody cuchnące, trzon macicy przesunięty na stronę prawą. W przymaciczu lewem rozlany duży naciek. Cystoskopja o wyniku ujemnym, badanie drobnowidowe skrawka wykazało raka płaskokomórkowego. Skierowana do leczenia promieniami Roentgena i radu do Kol. Meiselsa.

Chora otrzymała w okresie od 13. V. do 31. V. 1929. 19 naświetlań na miednicę małą (1/2 HED) 0.5 Zn + 2 Al), w lipcu tegoż roku 45 mlcd radu wewnątrzpochwowo i wewnątrz szyjki macicy. Badanie ginekologiczne dn. 22. IX. 1929: Pochwa lejkowato zaciągnięta, na szczycie lejka wyczuwa się dwa fałdy zgrubiałe, odpowiadające wargom ujścia zewnętrznego. Część pochwowa jako taka nie istnieje. Trzon macicy zanikły, zaledwie zaznaczony nad spojeniem łonowem, w lewem przymaciczu nieznaczny opór. Stan podmiotowy dobry. Po naradzie z Kol. Meiselsem nie postanowiono ponownego naświetlania. Chora zgłasza się do kontroli dopiero 7. IV. 1930.

Badanie ginekologiczne jak wyżej, przymacicza wolne, cystoskopja o wyniku ujemnym. Przypadek klinicznie można uważać za wyleczony. 4. VI. 1930 chora zgłasza się ponownie z powodu silnych bólów w okolicy kości krzyżowej po stronie prawej. Badaniem odbytniczo-pochwowem w okolicy połączenia kości krzyżowej z biodrową w miednicy małej p o s t r o n i e l e w e j guzek wielkości małego orzecha. Po prawej zmian żadnych się nie stwierdza. Zastosowano 21 naświetlań okolicy miednicy (1/3 HED). We wrześniu wobec takiego samego stanu badania i bólów po stronie prawej w okolicy kości krzyżowej i lędźwiowej o większem jeszcze nasileniu, powtórzono naświetlanie promieniami Roentgena (Kol. Meisels).

2. XI. 1930 chora zgłasza się znowu, skarżąc się na bardzo silne bóle; zaczynające się charłactwo nowotworowe. Badanie wewnętrzne daje wrażenie całkowitego operacyjnego usunięcia macicy. W okolicy krzyżowo-biodrowej lewej guz wielkości orzecha. Rozpoznanie: *Infiltratio neoplasmatica in regione sacroiliaca sinistra.* Po stronie prawej żadnego nacieku nie stwierdza się. Rozpoznanie neurologa: *Meningoradicolitis.* Cystoskopja po wstrzyknięciu indygokarminu: pęcherz moczowy o błonie śluzowej prawidłowej, pojemność pęcherza dobra, ujścia moczowodów bez zmian, po stronie lewej barwik wydziela się po 6', o bardzo dobrem nasileniu, z prawej ledwo zaznaczone pasemko po 11'.

Pyelografja śródżylna zapomocą uroselektanu wykazała na serjowych trzech zdjęciach lewą miedniczkę nerkową i moczowód bez zmian, po stronie prawej miedniczka i moczowód niewidoczny, co świadczy o złej czynności nerki prawej. Badaniem zewnętrznem nie stwierdza się powiększonej nerki. Reakcja serologiczna Fischera dodatnia, Wassermann ujemny. Zdjęcie rentgenowskie wykazało: budowę kostną dolnych kręgów piersiowych oraz kręgów lędźwiowych wyraźnie zanikłą. Tarcze międzykręgowe oraz szpary stawowe pomiędzy poszczególnemi kręgami wyraźnie utrzymane. Kość krzyżowa poza zanikiem również bez zmian, podobnie i talerze biodrowe. Badanie cytologiczne krwi wykazało leukocytozę neutrochłonną i spadek czerwonych ciałek krwi. Mocz bez zmian. Sondowanie moczowodu prawego napotkało na przeszkodę mniej więcej w odległości 8 cm od pęcherza, nie przepuszczającą cewnika (Dr. Mehrer). Po naradzie więc z urologiem i rentgenologiem ustalono jako przyczynę silnych bólów naciek nowotworowy na wysokości mniej więcej linji bezimiennej po stronie prawej, uciskający moczowód prawy i takiż sam naciek tylko znacznie niżej w miednicy małej po stronie lewej. Wobec powyższego zdecydowano się na otwarcie jamy brzusznej celem ewentualnego usunięcia nawrotów operacyjnie lub zapomocą radjopunktury.

5. XI. 1930. W znieczuleniu lędźwiowem wykonana laparotomja wykazała: bliznę na wysokości linji bezimiennej po stronie prawej w miejscu pierwotnie istniejącego nacieku nowotworowego, zaciskającą moczowód, który powyżej zaciśnięcia przedstawiał znaczne zgrubienie na dużej przestrzeni o ścianach obrzękłych, nacieczonych, nerka prawa w zaniku. Po stronie lewej poza przymaciczem w miednicy małej zgrubienie bliznowate w miejscu poprzednio istniejącego nacieku. Wycięto bliznę po stronie lewej, odpreparowano moczowód i usunięto gruczoły biodrowe, chociaż niepowiększone, celem zbadania drobnowidowego; uruchomiono bliznę zaciskającą prawy moczowód. Nie usiłowaliśmy jednak dokonać wszczepienia moczowodu prawego do pęcherza, wobec znacznej odległości miejsca przewężenia moczowodu od pęcherza, bądź co bądź jego wydzielania, nacieczenia jego ścian, i zaniku nerki prawej. Przebieg pooperacyjny bez powikłań, rana zagojona przez rychłozrost. Badanie drobnowidowe wyciętej blizny i gruczołów nie wykazało komórek nowotworowych. Stan podmiotowy chorej dobry, bóle znacznie się zmniejszyły. Po 14 dniach opuściła lecznicę.

10. III. 1931. Chora zgłasza się ponownie skarżąc się na bardzo silne bóle w okolicy kości krzyżowo-ogonowej. Charłactwo nowotworowe bardzo wyraźne. Rozpoznanie obecne neurologa: *Meningomyelitis cum metastasis carcinom.*, — nie ulegało żadnej wątpliwości. Naświetlono okolicę kości krzyżowej odcinka lędźwiowego rdzenia i obu nerwów kulszowych, zaordynowano leki wzmacniające. Po 2-ch tygodniach bez poprawy wypisano chorą do domu, gdzie do 2 miesięcy zmarła. Mając do czynienia w powyższym przypadku już ze sprawą przerzutową do rdzenia, operacja była mało skuteczną.

Przypadek drugi dotyczy pierwiastki, lat 41. E. P. Lp. 236/g/1930. Przysłana do lecznicy 31. VII. 1930 do operacji z powodu guza jajnika prawego. 2. VIII. wykonano w znieczuleniu lędźwiowem perkainą otwarcia jamy brzusznej, przyczem stwierdzono torbiel międzyblaszkową jajnika prawego wielkości główki dziecka, którą usunięto. Lewe przydatki bez zmian. Ponieważ badanie drobnowidowe wykazało gruczolako-raka jajnika, naświetlono chorą promieniami Roentgena dawką nowotworową. 7. IV. 1931 chora zgłasza się ponownie do lecznicy z powodu silnych bólów w okolicy kości krzyżowej, promieniujących ku kończynie dolnej prawej. Badaniem wewnętrznem stwierdzono: część pochwowa smukła, trzon macicy niepowiększony, ułożony poziomo, przesunięty na stronę lewą. W miednicy małej po stronie prawej twardy guz wielkości orzecha, z kością niezrośnięty. Więzadła krzyżowo-maciczne bolesne. 10. IV. 1931 dokonano w znieczuleniu lędźwiowem otwarcia jamy brzusznej. Do otrzewnej ściennej przyrośnięta sieć, którą uwolniono i częściowo podwiązano. Po stronie prawej od macicy przebiega blizna po poprzedniej operacji, w którą wciągnięty jest wyrostek robaczkowy i część krezki jelita ślepego. Po stronie lewej zrosty z odbytnicą i esicą z przydatkami i tylną ścianą macicy. Wyrostek robaczkowy uwolniono ze zrostów i w typowy sposób usunięto. Po odpreparowaniu moczowodu prawego ze zrostów i nacieku, wycięto naciek w całości i usunięto macicę wraz z przydatkami lewostronnemi. Badanie drobnowidowe nacieku wykazało gruczolakoraka. 13. V. 31 wypisano chorą celem ponownego naświetlania promieniami Roentgena. We wrześniu wobec stwierdzenia rozległego nacieku powyżej lejka pochwowego skierowano chorą do radjopunktury przez pochwę. U chorej badanej z początkiem listopada stwierdzono daleko posunięte charłactwo nowotworowe i naciek zajmujący prawą połowę miednicy małej i dużej, powodujący silne bóle. I tę chorą należy uważać za straconą, mimo dwukrotnej operacji i naświetlań promieniami Roentgena i radu. W każdym razie przynajmniej na kilka miesięcy ulżono jej bólom dzięki ponownej operacji.

Przypadek trzeci zasługuje ze wszech miar na uwagę i dlatego dłużej się nad nim zatrzymamy. Był on przez nas wykorzystany naukowo i ogłoszony w „Ginekologji Polskiej" w 1928 roku jako rak w klinice po nadpochwowem odcięciu macicy dokonanem przed 19 laty z powodu zapalenia przydatków. Był on wówczas jako rak w kikucie 72-gim w piśmiennictwie światowem, a ze względu na późne wystąpienie raka po operacji, trzecim (t. zn. w 15-cie lat). Z powodu więc raka w kikucie wykonaliśmy drogą jamy brzusznej w maju 1927 r. w piętnaście lat po pierwszej operacji usunięcia kikuta, wraz z pozostawionym jajnikiem lewym. Przebieg pooperacyjny gładki. Chorej polecono naświetlanie promieniami Roentgena i zgłaszanie się do kontrolnego badania, czego jednak nie uskuteczniła. Zgłosiła się dopiero do lecznicy 10. VI. 1931, a więc w cztery lata po operacji raka w kikucie, z powodu silnych bólów w okolicy kości krzyżowo-ogonowej i w kończynie dolnej prawej. Chora A. M. , lat 47. Lp. 227/g/1931. Badaniem przez odbytnicę i pochwę stwierdza się: pochwę znacznie skróconą i lejkowato się kończącą. W miednicy małej po stronie prawej gruczoł biodrowy wielkości orzecha włoskiego, niezrośnięty z kością. Chora skarży się na bardzo silne bóle po stronie prawej brzucha i krzyży, z powodu których lekarz domowy musiał stosować wstrzyknięcia morfiny. Stan powyższy skłonił nas do otwarcia jamy brzusznej, którego też dokonaliśmy dnia 13. VI. 1931 r. w znieczuleniu lędźwiowem perkainą. Poprzednio opracowaliśmy z Kol. Sperberem sposób radjopunktury, w razie niemożności usunięcia powiększonego nowotworowo gruczołu. Po przecięciu otrzewnej trzewnej nad naczyniami biodrowemi zewnętrznemi, widoczny duży gruczoł naciekły, leżący pod żyłą biodrową zewnętrzną i na dużej przestrzeni z nią zrośnięty. Wyłuszczono go na tępo od strony żyły i stwierdzono, że przez środek nacieku przebiega nerw zasłonowy *(n. obturatorius)*, rozcięto więc gruczoł i wyjęto go; następnie wykonano kolpotomję i wyprodzono do pochwy dren z jedwabnemi nićmi od igieł radowych, które rozmieszczono w miejscu usuniętego gruczołu. Następnie pokryto otrzewną. Po 24 godzinach dren przez pochwę z igłami radowemi usunięto, chora otrzymała jednostronnie 384 mgh. Badanie drobnowidowe wykazało konglomerat gruczołów, z których jedne są bez zmian, inne wykazują zmiany bliznowate, w innych wreszcie ogniska rakowe, które się od środka rozpadają tak, że tworzą się jamy wypełnione masą martwiczą. Zmiany te wystąpiły najprawdopodobniej po naświetlaniu (Dr. Schusterówna). W pierwszych dniach po operacji ciepłota do 38° C, 7-go dnia spadła do poziomu prawidłowego. Bóle w kończynie dolnej prawej znacznie się zmniejszyły. Neurolog stwierdził: *ischialgia dextra in individuo c. Hysteria maioris gradus.* Polecił injekcje wakcyneuryny i doustne podawanie *Inf. Valerianae, Luminal* i *Natr.-bromat.* Rana zagojona przez rychłozrost. Chora trzynastego dnia opuściła lecznicę z poleceniem naświetlania promieniami Roentgena, którego jednak nie otrzymała z powodu niezgłoszenia się. Doraźny efekt operacji bardzo dobry — operacja choćby tylko dla ulżenia bólom chorej, występującym w znacznem nasileniu z powodu ucisku na nerw zasłonowy *(n. obturatorius)*, w zupełności usprawiedliwiona. Niestety w cztery miesiące po operacji wystąpił naciek duży zajmujący nietylko miednicę małą i dużą, ale i prawą połowę jamy brzusznej. U chorej badanej przed kilku dniami stwierdzono znaczne charłactwo i objawy oponowe.

Powyższe przypadki są znikomem poparciem ogólnie panującego zdania, jak trudnemi dla wyleczenia, a może nieuleczalnemi są nawroty nowotworowe głęboko w miednicy umiejscowione, bez względu na to, jaki sposób leczniczy wybierzemy, czy to naświetlanie promieniami Roentgena, czy radjopunkturę lub operację, nawet w razie zastosowania wszystkich powyższych sposobów równocześnie. Przyczyny należy dopatrywać się w tem, że w razie ujawnienia nawrotów, pierwotne miejscowe schorzenie, jakiem jest najprawdopodobniej rak, staje się schorzeniem ogólnem całego ustroju, na które dzisiejsza medycyna jeszcze nie zna środka. Mimo to jednak, zdaniem naszem, w przypadkach uciskowych bólów, z powodu nawrotów nowotworowych niedużych, operacja usuwająca te dolegliwości i dająca poza tem możliwość przedłużenia życia chorej nawet do lat kilku (1 przyp. Franza) jest w zupełności usprawiedliwiona.

HISTORJA I FILOZOFJA MEDYCYNY.

Prof. Dr. L. WACHHOLZ. Kraków.

Wiedeńczycy.

Szkic historyczny na podstawie źródeł i wspomnień, wygłoszony w Tow. Lek. Krak. 13. IV. 1932.

Dokończenie.

Następcą Brodowicza był Józef D i e t l [14]) (1804—1878). Mówić i pisać o Dietlu, jednym z głównych filarów „młodszej wiedeńskiej szkoły lek.“, wielkim klinicyście, głośnym uczonym, znakomitym higjeniście, twórcy naszej balneologji, znawcy szkolnictwa, wreszcie o gorącym, mimo niemieckiego pochodzenia, i ofiarnym patrjocie w Krakowie po uroczystym obchodzie pięćdziesięciolecia jego śmierci, odbytym przed 4 laty, znaczyłoby powtarzać to, co jest o Dietlu niemal każdemu lekarzowi wiadome. Tego jednak nie można pominąć, że jeśli który z profesorów Wydziału lek. U. J. mógł być nazwanym wiedeńczykiem, to właśnie Dietl, albowiem odbył on nietylko swe studja w Wiedniu od r. 1823 i zdobył tu w r. 1829 dyplom lekarski, ale również tu zajął jako lekarz stanowisko wybitne i odpowiedzialne prymarjusza a potem dyrektora szpitala na Wideniu, skąd ogłosił szereg znakomitych prac naukowych, z których praca o chorobach mózgu na podstawie anatomji patologicznej, o tyfusie, o cholerze i o upustach krwi zdobyły rozgłos światowy. Z pobytu we Wiedniu pochodzi też nakreślony przezeń program „młodszej wiedeńskiej szkoły lek.“, w którym za zgodą innych filarów tej szkoły, tj. Rokitansky'ego i Skody nazywa medycynę nauką ścisłą i głosi, że „w niej leży nasza siła“, zarazem wyznaje, że „leczyć może tylko natura“.

Pobyt Dietla, którego ojciec czuł się jeszcze Niemcem, we Wiedniu przez lat 27 bez przerwy sprawił, że przy objęciu w r. 1851 katedry w Uniw. Jag. napotykał na trudności w języku polskim, atoli pobyt ten nie ostudził jego gorącej miłości do kraju, w którym się urodził i do narodu, którego czuł się członkiem choćby tylko dla tego, że matka jego Anna z Kulczyckich pochodziła z polskiej szlacheckiej rodziny. Początkowe trudności językowe rychło pokonał zarówno w słowie jak i w piśmie. Toteż wykłady jego jak i publiczne przemowy czyto rektorskie, czy głoszone później z krzesła pierwszego autonomicznego prezydenta miasta Krakowa porywały słuchaczy formą i treścią; z 67 zaś prac jego naukowych i społecznych, ogłoszonych drukiem przypada 48 na prace polskie, 16 na niemieckie, a po jednej na francuską, łacińską i włoską. Już wkrótce po objęciu katedry, bo w r. 1853 wystąpił odważnie na posiedzeniu Wydziału lek. w obronie języka polskiego jako wykładowego, przeciw któremu oświadczył się prof. B r y k jako przeciw językowi niewyrobionemu naukowo. To odważne jego wystąpienie w okresie zamierzonej już germanizacji Wszechnicy Jag. i w czasie, kiedy niedawno c. k. rząd usunął z przyczyn politycznych z katedr profesorów Wincentego Pola (geografja), Zielonackiego (prawo rzymskie), Helcla (hist. prawa polsk.) a prof. Antoniego Małeckiego przeniósł do Innsbruka, zjednała mu serca uczniów i kolegów, którzy jak prof. Józef M a j e r i prof. D o m a ń s k i (weterynarja) poparli go w dyskusji. Mimo to wprowadzono od 1. stycznia 1854 przymusowo język niemiecki jako wykładowy, atoli nakaz ten umiał Dietl obchodzić, wykładając w obu językach rzekomo z powodu nieznajomości niemieckiego u większości młodzieży. To obejście nakazu podkopało zaufanie c. k. rządu do Dietla a obudzoną doń nieufność pogłębiło jeszcze jego opóźnienie się w r. 1864 z doniesieniem do c. k. Namiestnictwa o aresztowaniu i usunięciu z asystentury Dra J. Szewczyka z powodu należenia tegoż do „rewolucyjnej rady sanitarnej“. Nie tajnem też musiało być władzom austrjackim ukrywanie w klinice przez Dietla chorych uczestników walk o niepodległość z r. 1863. Wreszcie wyczerpała się cierpliwość c. k. rządu, gdy bowiem Dietl wystąpił w r. 1864 na posiedzeniu Wydziału lek. z ostrym protestem przeciw ogłoszeniu przez c. k. rząd stanu oblężenia w „Galicji“ i w związku z tem przeciw niezatwierdzeniu przez c. k. rząd wybranego Senatu akademickiego a narzuceniu Senatu w innym składzie, przeniósł go c. k. rząd w lipcu 1865 niespodziewanie w stan spoczynku.

Dietl był pierwszym lekarzem w Krakowie, który przy badaniu chorych posługiwał się pukadłem i słuchawką, był przytem diagnostą świetnym a dzięki swemu obejściu i niezwykłemu urokowi swej postaci zdobywał sobie przebojem zaufanie chorych. Nihilista terapeutyczny leczył chorych przedewszystkiem swym potężnym wpływem psychicznym.

Rok 1851 przyniósł Wszechnicy Jagiellońskiej nową, aż do tej chwili jeszcze nieistniejącą klinikę okulistyczną, której pierwszym kierownikiem i profesorem został Antoni S ł a w i k o w s k i (1796—1870). Studja swe lekarskie odbył we Wiedniu i tu zdobył stopień doktora med. w r. 1819, następnie dyplom magistra okulistyki jako asystent prof. B e e r a, poczem wrócił do Lwowa, swego rodzinnego miasta, gdzie w r. 1822 otrzymał stanowisko nadzwyczajnego profesora okulistyki w Szkole chirurgów i zarazem ordynatora w zakładzie dla ciemnych. W r. 1840 mianowany okulistą krajowym objeżdżał wiosną i jesienią kraj, aby udzielać porady chorym na oczy, szczególnie zaś, aby zapomocą współczesnego zabiegu reklinowania zaćmionej soczewki usuwać zaćmę. Dzięki temu stanowisku mógł się był u schyłku życia w podaniu o emeryturę poszczycić 4295 wykonanemi operacjami zaćmy. Był on autorem 9 prac z zakresu okulistyki, z tych 2 niemieckich. W kilka dni po wniesieniu prośby o emeryturę [15]) zmarł 15. VI. 1870 roku.

Tymczasowym zastępcą a potem od 2. III. 1866 następcą Dietla, a więc dyrektorem i profesorem kliniki lekarskiej zamianował c. k. rząd Karola G i l e w s k i e g o [16]), który od r. 1861 zajmował już katedrę medycyny sądowej. Postać to wybitna, owiana aureolą niezwykłego tragizmu. Urodził się w r. 1832 w Czerniowcach jako syn ubogiego nauczyciela. Studja lekarskie odbył od r. 1851 we Wiedniu i tu uzyskał doktorat medycyny w r. 1856. Jako student pełnił obowiązki demonstratora przy katedrze anatomji opisowej u prof. Hyrtla, po doktoracie zaś był przez dwa lata elewem w klinice chirurgicznej prof. Schuha a po uzyskaniu stopnia doktora chirurgji, magistra położnictwa oraz dyplomu operatora pełnił obowiązki lekarza pomocniczego w oddziale chirurgicznym Ulricha w szpitalu powszechnym, wreszcie od roku 1859—1861 obowiązki asystenta kliniki lekarskiej prof. Oppolzera. W r. 1861 objął w Krakowie katedrę medycyny sądowej po zmarłym prof. F. B. Kopczyńskim. Gilewski jako człowiek młody a przytem usposobienia żywego, zarazem raczej jako żywiący wątpliwości sceptyk niż jako niewzruszony w sądach dogmatyk, nie mógł sobie zdobyć doraźnie tej powagi i znaczenia, jakie posiadał Dietl, tem bardziej zwłaszcza, że czuł w sobie więcej pociągu do chirurgji niż do medycyny wewnętrznej. To też zamienił on swą klinikę do pewnego stopnia na drugą klinikę chirurgiczną, nie dosyć bowiem, że sam wykonywał mniejsze zabiegi u chorych swej kliniki, np. punkcje próbne, tracheotomje, usuwanie płynów chorobowych z jamy brzusznej i z klatki piersiowej, z tej ostatniej zapomocą resekcji żeber, ale porywał się nawet na zabiegi, na jakie się nawet chirurgowie współcześni nie ważyli. Tak np. pierwszą owarjotomję w Krakowie miał wykonać Gilewski w swej Klinice [17]). To wkraczanie Gilewskiego w zakres chirurgji wywołało ze strony ówczesnego dyrektora kliniki chirurgicznej prof. Bryka skargę, wniesioną do c. k. Min. Oświaty, która jednak nie odniosła skutku, albowiem c. k. Min. przyznało Gilewskiemu zupełne uprawnienie do wykonywania zabiegów operacyjnych jako dyplomowanemu operatorowi. Nie tylko ten zatarg różnił obu głównych ówczesnych klinicystów ze sobą, bo różnili się zasadniczo także usposobieniem. Podczas gdy Bryk był zimnym uczonym i przynajmniej z pozorów mizantropem, to Gilewski wprost przeciwnie miał usposobienie słoneczne, był nawskróś filantropem, pełnym serdecznej otwartości, która stała się poniekąd przyczyną jego tragicznego końca. Filantropja jego złączona ściśle z patrjotyzmem tak gorącym, jak się go zwykle spotyka u kresowców, sprawiły, że niosąc pomoc jako chirurg w r. 1863 i 1864 uczestnikom walk o niepodległość w Tarnowie i Krakowie, omal iż nie utracił z tego powodu katedry. W r. 1865 ożenił się z córką swego byłego mistrza, prof. Schuha we Wiedniu, która z głębokiego przywiązania do męża stała się gorącą wielbicielką jego narodowości. Dała temu uczuciu swojemu dobitny wyraz tem, że zobowiązawszy się po śmierci męża w r. 1871 do zasilania corocznie funduszu zapomogowego jego imienia dla wdów i sierót po lekarzach, członkach Tow. lek. Galic., nadsyłała stale aż po rok 1917 pokaźne swe wkładki. W grudniu 1917 przysłała [18])

---

[14]) „J ó z e f D i e t l“ księga pamiątkowa. Kraków 1928 z pracami Szumowskiego, Wrzoska, Chmiela, L. Korczyńskiego, L. Wachholza, Barycza, Szczeklika i Gajewskiego wyczerpujące wiadomości o Dietlu. W literaturze pominięto L. B l u m e n s t o k a Wspom. pośm. o Dietlu. Kraków, 1878. Odb. z „Czasu“.

[15]) Krótki życiorys Sławikowskiego, patrz Przegl. lek. 1870, Nr. 25.

[16]) Życiorys jego podał Przegl. lek. 1871, Nr. 27, nadto Kronika Uniw. Jag. Kraków, L. Korczyński l. c. i L. Wachholz l. c.

[17]) Wiadomość tę otrzymał swojego czasu prof. Rutkowski od śp. prof. Obalińskiego, który był asystentem kliniki chirurgicznej z czasów prof. Bryka.

[18]) Przegl. lek. 1918. Nr. 27.

wkładkę już za rok następny, jak gdyby w przeczuciu swej bliskiej śmierci, która nastąpiła w styczniu 1918.

Mimo krótkiego życia, liczył bowiem Gilewski w chwili śmierci lat 39, zaznaczył się naukowo 21 pracami z zakresu kliniki chorób wewnętrznych, laryngologji, chirurgji i medycyny sądowej. Brał też zawsze żywy udział w posiedzeniach naukowych krak. Tow. lek., którego był gorliwym członkiem. Gorący jego patrjotyzm nie przeszkadzał mu podziwiać i uznawać nauki i oświaty niemieckiej i pragnąć, aby i nasza oświata doszła rychło do równego stopnia rozwoju. Często sarkał na zakorzenione u nas przesądy. W marcu 1871 zgłosił w Tow. lek. krak. nagrodę pieniężną za napisanie utworu scenicznego, któryby „czyny ubliżające rozumowi", więc czyny wynikłe z przesądu wyszydził. Rychła potem śmierć jego przeszkodziła dojściu do skutku konkursu.

Jako wychowaniec Wiednia był wyznawcą liberalizmu, trzymał się więc zdala od wpływowego w Krakowie stronnictwa zachowawczego, którego organem był „Czas". Natomiast należał do stronnictwa postępowego, którego organem był wówczas „Kraj". Z opisu śmierci jego i pogrzebu w obu tych dziennikach odgaduje się łatwo, do którego należał obozu. Śmierć jego poprzedziły przykre zajścia, o których przechowała się do dziś tylko szczątkowa ustna tradycja [19]).

Ksiądz Ignacy von Döllinger, profesor Uniw. monachijskiego ogłosił w r. 1869 dzieło swe *„Das Papsttum"*, w którem odmówił papieżom nieomylności. Sobór watykański uznał w r. 1870 nieomylność papieży za dogmat kościoła katolickiego. Gdy Döllinger twierdzenia swego teraz nie odwołał, spotkała go w r. 1871 ekskomunika. Liczni jego wielbiciele w Austrji i w Bawarji utworzyli zaraz potem grupę wyznaniową t. zw. starokatolików. Gdy wieść o ekskomunice ks. Döllingera doszła do Krakowa, Gilewski wystosował do niego adres z wyrazami uznania, podpisany przez kilku profesorów Uniw. Jag., między innymi przez prof. Madurowicza i prof. historji prawa niemieckiego Girtlera. Krakowska władza kościelna zwróciła się teraz przeciwko autorowi adresu i jego towarzyszom. Znany kaznodzieja, ówczesny administrator Kollegjaty św. Florjana na Kleparzu, ks. Goljan wystąpił w ostrych słowach przeciwko Gilewskiemu. To jego wystąpienie oburzyło do tego stopnia studentów medycyny, którzy czcili i kochali Gilewskiego jako swojego dobrodzieja [20]), że postanowili wystąpić czynnie przeciw ks. Goljanowi. Tymczasem pospólstwo kleparskie, dowiedziawszy się o przygotowanym na ks. Goljana zamachu, udaremniło go w ten sposób, że rzuciło się na studentów Uniwersytetu i poturbowało z nich wielu. Wieść o tych rozruchach dotknęła niemile Gilewskiego, który miał się nawet wyrazić, że gdyby był przewidział owe zajścia, nie byłby był wystosował adresu do ks. Döllingera [21]). Wkrótce po tych zajściach zapadł Gilewski na dur plamisty. Po kilkodniowej chorobie zmarł 15. VI. 1871. Wiadomość o jego śmierci poruszyła opinję miasta. Jedni dopatrywali się w jego chorobie i śmierci wyraźnej kary Bożej, inni natomiast oskarżali kościół o rzekome odprawianie nabożeństw błagalnych o zesłanie nań kary śmierci; jedni oburzali się z powodu usunięcia się duchowieństwa od udziału w jego pogrzebie, drudzy oburzali się dlatego, że rzekomo nie dopuszczono do niego księży, pragnących go pojednać z Bogiem [22]), oraz, że nie dano zmarłemu do rąk krzyżyka. Podczas gdy „Czas" wyrażał chłodno żal z powodu śmierci Gilewskiego, motywując żal ten tem, że śmierć uniemożliwiła zmarłemu naprawienie nierozważnego kroku, to „Kraj" czynił [23]) zmarłego męczennikiem politycznym, apostołem nowej szkoły lekarskiej i t. p. Zwłoki zmarłego zabalsamowano; młodzież pełniła przy nich aż do chwili pogrzebu straż honorową i wysłała deputację na pogrzeb właściwy, tj. na złożenie ciała do grobu rodzinnego jego żony w Waldegg pod Wiedniem. Pogrzeb w Krakowie na dworzec kolejowy odbył się w sobotę 17. VI. 1871 o godz. 6 wieczorem z Krzysztoforów w Rynku głównym, gdzie zmarły mieszkał. Przed trumną niosła młodzież lekarska sporządzony przez siebie na prędce krzyż, dalej postępował rektor Uniw. Jag. Józef Kremer w otoczeniu Senatu akad., później b. asystent zmarłego Dr. E. Korczyński, prymarjusz szpit. św. Łazarza, niosący na poduszce biret profesorski i łańcuch dziekański, a wreszcie za trumną szła rodzina, przyjaciele i publiczność przeszło 20-tysięczna, jak podał „Kraj". W miejsce śpiewaków kościelnych, orkiestra grała marsze żałobne. Na dworcu kolejowym wygłosił mowę żałobną prof. J. Majer. Dnia 20. VI. 1871 nastąpiło w Waldegg złożenie trumny do grobowca, poprzedzone uroczystem nabożeństwem żałobnem w kościele i modłami 5 księży. Delegatami Wydziału lek. U. J. na pogrzeb w Waldegg byli bliżsi koledzy zmarłego prof. Biesiadecki i Madurowicz.

Po śmierci prof. L. Bierkowskiego powierzył c. k. rząd katedrę chirurgji klinicznej w r. 1860 Antoniemu B r y k o w i, od r. 1852 profesorowi medycyny sądowej w Uniw. Jag. Bryk był pod wielu względami postacią niezwykłą. Jego młodość i okres zdobywania stanowiska nie są bynajmniej pogodne. Urodził się w r. 1820 w Dubiecku koło Przemyśla jako syn niewolnego czyli poddanego wieśniaka. W jaki sposób odbył naukę przygotowawczą, niewiadomo. Gdy ukończywszy potem studja lekarskie w Wiedniu, uzyskał tamże w r. 1846 dyplom doktorski, wezwał go zarząd dóbr jego pana do powrotu jako poddanego, jednakże mundur wojskowy, jaki obecnie nosił, zwalniał go od posłuchu poddańczego. Po dwuletniej praktyce w klinice prof. Wattmanna w Wiedniu otrzymał dyplom operatora i jako taki odbył w stopniu lekarza pułkowego w armji austrjackiej kampanję przeciw Węgrom w r. 1849. Pamięć poddaństwa, wdzięczność dla tych, którzy go od smutnych skutków poddaństwa ocalili i szereg lat spędzonych na nauce w Wiedniu sprawiły, że Bryk, chociaż Polak z pochodzenia i urodzenia, odnosił się do polskości niechętnie. Już w Krakowie będąc, ożenił się z jedną z tutejszych Niemek, mówił najchętniej po niemiecku, uwielbiał naukę niemiecką i angielską [24]), na posiedzeniu Wydziału lek. domagał się wspólnie z niemcem, prof. anatomji patologicznej Treitzem, wprowadzenia języka niemieckiego jako wyłącznego wykładowego, wreszcie do walk o niepodległość w r. 1863 odnosił się w przeciwieństwie do Dietla i Gilewskiego obojętnie. Do r. 1869 wykładał po niemiecku, po przywróceniu zaś praw językowi ojczystemu wykładał aż do swej śmierci w r. 1881 po polsku. Z niechęcią i oziębłością do polskości łączył wyraźną mizantropję, której nie objawiał jedynie tylko względem chorych, szukających pomocy w jego wszechstronnej wiedzy i znakomitej technice operacyjnej. Gorący miłośnik wiedzy i postępu, zastosowywał się do niego zawsze z krytyczną rozwagą. Jako prekursor doby antyseptycznej ogłosił kilka prac eksperymentalnych o działaniu na rany i tkanki chloru i chlorków rtęci, platyny i złota, wkrótce też po ukazaniu się wiekopomnej publikacji Listera o leczeniu ran począł jako pierwszy w Polsce stosować jego metodę [25]). Mimo wielkiego uznania dla jego wiedzy, pracowitości i zasług względem licznych chorych, którzy mu zawdzięczali zdrowie i życie, „pozostał nieledwie obcym dla naszego społeczeństwa" [26]). Nie cieszył się także popularnością u uczniów z powodu zbyt surowego postępowania przy egzaminach. Dlatego to wkońcu poza krótką wzmianką [27]) nie posiadamy o nim żadnego obszerniejszego wspomnienia pośmiertnego lub życiorysu.

Do naszych najwybitniejszych naukowo „Wiedeńczyków" musi być zaliczony Alfred B i e s i a d e c k i, urodzony w Dukli r 1839, który po odbyciu studjów lek. w Wiedniu osiągnął tutaj w r. 1862 stopnie akademickie. Przez trzy lata po doktoracie był sekundarjuszem szpitala powszechnego w Wiedniu a od r. 1865 asystentem przy katedrze anatomji patologicznej, pozostającej pod kierunkiem Rokitansky'ego. Na tem stanowisku zdobył sobie wkrótce imię najzdolniejszego ucznia swego mistrza, wskutek czego już w r. 1868 otrzymał nominację na zwyczajnego profesora anatomji patol. w U. J. Jako profesor zaś zaznaczył się nietylko w kierunku dydaktycznym, ale także w kierunku naukowym przez swoje prace np. o skrzyżowaniu się nerwów wzro-

[19]) Podaję ją tutaj na podstawie opowiadań zasłyszanych w mej młodości oraz uzyskanych od Dra K. Bąkowskiego, znanego miłośnika Krakowa i od dyrektora Archiwum m. Krakowa A. Chmiela.

[20]) Dr. J. B u s z e k, późniejszy fizyk miejski, ogłosił w „Kraju" z 21. VI. 1871 podziękowanie zmarłemu za pomoc materjalną, udzielaną mu w czasie, gdy ucząc się do doktoratu, nie mógł zarabiać na swe utrzymanie. Wszyscy wspierani przez Gilewskiego studenci musieli się mu zobowiązywać, że zachowają jego pomoc w najściślejszej tajemnicy.

[21]) „Czas" z 22. VI. 1871.

[22]) Dyr. Chmielowi opowiadano, jakoby Gilewski miał odpowiedzieć księżom, którzy go nawiedzili przed śmiercią, że niebawem będzie rozmawiał z Panem, zatem nie potrzebuje obecnie porozumiewać się z Jego sługami. Że wieść ta nie polega na prawdzie, wynika stąd, iż człowiek na dur plamisty ma zwykle zamroczoną przytomność, a więc nie może się zdobyć na odpowiedzi zwłaszcza takie, jak przytoczona.

[23]) „Kraj" z 17. VI. 1871.

[24]) Prof. Barącz ze Lwowa opowiadał mi przed laty, że zdobył sobie jako uczeń życzliwość i względy Bryka od chwili, gdy się popisał raz przed nim znajomością języka angielskiego i dzieł angielskich z zakresu chirurgji.

[25]) L. Z e m b r z u s k i: Zarys rozwoju chir. pol. Arch. hist. i fil. med. 1931. T. 11.

[26]) Kron. U. J. l. c. str. 31.

[27]) Przegl. lek. 1881. Nr. 30.

kowych u człowieka i zwierząt, o zatokach otrzewnowych, przepuklinach wewnętrznych, rzadkich wadach wrodzonych serca, zmianach skóry w *lichen exsudativus ruber Hebrae* itd. W uznaniu działalności naukowej został w r. 1872 członkiem Akademji Um. Z jego inicjatywy przy życzliwem poparciu Gilewskiego powstała w obrębie kliniki lekarskiej klinika eksperymentalna o 4 łóżkach dla każdoczesnego profesora patologji, której on był pierwszym kierownikiem. Klinikę tę zniesiono z chwilą, gdy się przeniósł w r. 1876 na stanowisko referenta spraw lekarskich w Namiestnictwie we Lwowie. Na tem stanowisku materjalnie korzystniejszem, odznaczył się bezinteresownem podjęciem się misji zbadania dżumy, która wybuchła w r. 1878/9 w Wetlance nad Wołgą. Po powrocie i po złożeniu sprawozdania ze swej niebezpiecznej wyprawy otrzymał wysokie odznaczenia od rządów austrjackiego, niemieckiego i rosyjskiego.

W okresie germanizacji Uniw. Jag. wykładali od r. 1853 fizjologję kolejno: Czech, prof. Czermak a po jego odejściu do Pragi Włoch Albini. Następcą Albiniego został w r. 1860 Gustaw Piotrowski[28]), ur. w Tarnowie w r. 1833. Studja lekarskie odbył w Wiedniu i tu został w r. 1857 doktorem medycyny. Był przez pewien czas asystentem prywatnym prof. Czermaka w Krakowie, poczem udał się na studja w zakresie fizjologji do Getyngi i do Heidelbergu do takich mistrzów jak Helmholtz, Wöhler, bracia Weberzy i Bunsen. W r. 1859 odmówił przyjęcia katedry fizjologji w Warszawie, gdyż był już wtedy powołany po Albinim do Krakowa. Aczkolwiek niewymowny, rokował przez zdolności, doskonałe zawodowe przygotowanie i przez swe prace naukowe, jakie ogłosił w polskim i niemieckim języku (w liczbie 22), jak najlepsze nadzieje, niestety zawiódł je od czasu, gdy zaczął posłować na Sejm Krajowy do Lwowa i do parlamentu w Wiedniu. Na dobitek, postradawszy znaczny swój majątek i doznawszy przykrych rodzinnych ciosów moralnych, utracił dawną swą energję i ochotę do pracy naukowej. Jako człowiek skromny, dobry i uprzejmy cieszył się stale przywiązaniem uczniów i kolegów, był też 8 razy wybierany dziekanem Wydziału lek. a w r. 1873 rektorem Uniw. Zmarł w r. 1884.

Pierwszym profesorem chemji lekarskiej i dyrektorem zakładu utworzonego dla niej w r. 1868 wskutek usilnych zabiegów prof. Gilewskiego był Aleksander Stopczański[29]), ur. w Nowym Targu r. 1835, który kształcił się od r. 1852 w Wiedniu i tu uzyskał w r. 1858 stopień doktora medycyny. Po odbyciu praktyki lekarskiej w szpitalu na Wideniu i w szpitalu osobnym dla chorych na tyfus w czasie epidemji, za co otrzymał dekret uznania od Namiestnictwa Austrji Dolnej, został w październiku 1859 asystentem zakładu chemji lekarskiej (prof. Heller). W r. 1863 objął posadę zastępcy nauczyciela chemji w szkole realnej w dzielnicy Wiednia Alsergrund, nadto został zaprzysiężonym chemikiem handlowym. W następnym roku przybył do Krakowa sprowadzony przez Gilewskiego i tu objął pracownię chemiczną przy klinice lekarskiej, poczem się wkrótce habilitował. W r. 1868 został nadzwyczajnym, a w r. 1874 zwyczajnym profesorem swego przedmiotu.

Stopczański był, jak niemal wszyscy współcześni jego koledzy, typem, tj. człowiekiem o wyrazistych, utrwalających się w pamięci cechach osobniczych. Jego główną cechę stanowił temperament żywy, wybuchowy, właściwy cyganerji artystycznej, który nie zanikł ani nie osłabł u niego nawet w późnej starości. Ten temperament pozostawał w zgodzie z jego talentem muzykalnym, który w latach studenckich stał się dlań źródłem utrzymania[30]) w Wiednu. Był on biegłym i doświadczonym chemikiem zwłaszcza analitykiem, wykładał zawsze z młodzieńczym zapałem a zapał ten nakazywał zapominać o jego wadliwej wymowie wskutek defektu podniebienia. Naukowo był mało czynny, nie miał bowiem należytej cierpliwości do systematycznej naukowej pracy; oddał natomiast krajowi duże usługi przez liczne rozbiory naszych wód leczniczych. Ustąpił z katedry w r. 1906 z powodu osiągniętej granicy wieku a zmarł w r. 1912.

Opróżnioną przez śmierć Bryka katedrę chirurgji otrzymał w r. 1882 Jan Mikulicz[31]), docent Uniw. wiedeńskiego, czołowy uczeń wielkiego Billrotha. Urodzony w r. 1850, podobnie jak Gilewski, w Czerniowcach na Bukowinie, różnił się odeń zasadniczo pod względem poczucia patrjotycznego. Otrzymawszy w r. 1875 w Wiedniu, gdzie odbył swe studja lek., dyplom doktora wszech nauk lek., pracował w klinice Billrotha na różnych stanowiskach od elewa do docenta-asystenta aż do r. 1881, w którym objął kierownictwo oddziału chir. w poliklinice wiedeńskiej. Przed swą habilitacją w r. 1880 odbył podróż naukową w celu zwiedzenia najcelniejszych zakładów i klinik chirurgicznych Zachodu Europy.

Już to trzeba przyznać, że Kraków miał wyjątkowe szczęście do profesorów chirurgji. Już chronologicznie pierwszy chirurg krakowski, Rafał Czerwiakowski, którego Zembrzuski[32]) nazywa słusznie „ojcem chirurgji polskiej", był niezwykłej miary zawodowcem. Z kolejnych jego następców: I. N. Rust (1804—1809) zajął później katedrę chirurgji w Berlinie, zaś uczeń jego L. Bierkowski[33]) (1831—1859) był wybitnym teoretykiem i praktykiem, podobnie jak Bryk. Po Mikuliczu objął katedrę Rydygier (1887—1897), chirurg światowego rozgłosu, autor 149 prac naukowych i podręcznika chirurgji, niestety nieskończonego, wreszcie Obaliński (1897—1898), benedyktyńskiej pracowitości lekarz i nauczyciel. W tym znakomitym zespole mistrzów, którzy zajmowali katedrę chirurgji w Krakowie w ciągu 19 wieku, Mikulicz okazał się gwiazdą pierwszej jasności, która przez swe prace oparte na genjalnej pomysłowości będzie jaśnieć w chirurgji na zawsze. Aczkolwiek w r. 1881 Mikulicz nie posiadał jeszcze późniejszego wielkiego swego rozgłosu, to jednak zaliczał się już do sił niepoślednich, czemu Wydział lek. U. J. dał wyraz dwukrotnie w swych przedstawieniach do c. k. Ministerstwa. Jeżeli jednak Wydział lekarski na dwukrotne polecenia c. k. Ministerstwa dwukrotnie się oświadczył przeciw kandydaturze Mikulicza na katedrę osieroconą po Bryku, to uczynił to z powodu wiadomej Wydziałowi lekarskiemu jego niedostatecznej podówczas znajomości języka polskiego. Nominacja Mikulicza[34]) nastąpiła w r. 1882 wbrew opinji i przedstawieniu Wydziału. Że się jednak Wydział lek. nie mylił w swym sądzie co do polskości Mikulicza, to się niebawem okazało, gdy w r. 1887 przyjął ofiarowaną sobie katedrę w Uniwersytecie pruskim w Królewcu i gdy swą dwulicowością[35]) udaremnił zabiegi ówczesnego austr. ministra oświaty Gautscha, podjęte u rządu pruskiego celem zatrzymania go w Krakowie. Z Królewca przeniósł się następnie do Wrocławia, gdzie pozostał już do końca swego życia, tj. do r. 1905, nie zamianowany profesorem w Wiedniu po Billrocie, ani w Berlinie po Bergmannie z powodu swego niezdecydowanego poczucia narodowego.

Twórcą „krakowskiej szkoły położniczej" stał się Maurycy Madurowicz[36]) herbu Jelita, ur. w Kolomyi w r. 1831. Przez dwa pierwsze lata (od 1848—1850) studjował medycynę w Krakowie, przez dalsze zaś trzy lata w Wiedniu i tu zdobył w r. 1855 doktorat medycyny a w r. 1856 doktorat chirurgji i magisterjat położnictwa. Do r. 1856 praktykował w wiedeńskim szpitalu powszechnym, od r. 1856 był asystentem kliniki położniczej a od r. 1858 także i kliniki ginekologicznej, pozostających pod kierunkiem prof. Karola Brauna. Jesienią r. 1862 przybył do Krakowa i tu poddał się habilitacji, poczem już w r. 1863 został zwyczajnym profesorem położnictwa i ginekologji U. J. Dzięki jego zabiegom rozszerzono i wyciągnięto wgórę o jedno piętro dawny dworek Brodowicza, stanowiący pomieszczenie kliniki położniczej. Od r. 1872 zajęła klinika położnicza wraz z utworzoną obecnie kliniką ginekologiczną parter budynku, na pierwszem zaś piętrze pomieściła się klinika okulistyczna.

Madurowicz był biegłym operatorem i lekarzem, zaznaczył się zarazem naukowo w szeregu publikacyj, ogłaszanych tylko do r. 1877. Niestety był jednak z natury szorstkim, małomównym, mrukliwym. Gdy się na jego szorstkość użalili raz studenci wiedeńscy przed prof. Braunem, uspokoił ich Braun słowami: „pozwólcie mu mruczeć, to jego natura, ale ma on złote serce w szorstkiej osłonie". Otóż to jego złote serce wyrównywało szorstkość i zjednywało mu nadto miłość i przywiązanie pacjentek, uczniów i współpracowników, z których wielu zdobyło sobie rozgłos świetnych specjalistów a nawet zajęło stanowiska pro-

[28]) Przegl. lek. 1884.
[29]) Przegl. lek. 1912. Nr. 17. Nekrolog Dra Mostowskiego.
[30]) Grywał jako skrzypek w orkiestrze teatrów nadwornych.
[31]) Przegl. lek. 1905. Nr. 29.
[32]) l. c.
[33]) A. Wrzosek: L. Bierkowski. Kraków 1911.
[34]) Obszerniej omówiłem ją w moim szkicu hist.: „Dwie obsady katedr lek." itd. Arch. hist. i fil. med. 1930. T. 10.
[35]) Na prośbę Gautscha upoważnił go Mikulicz do interwencji u pruskiego ministra oświaty celem powstrzymania nominacji swej dla Królewca, równocześnie zaś doniósł ministrowi pruskiemu swą niezłomną wolę objęcia katedry tamże. Minister pruski powiadomił Gautscha o tej dwulicowości Mikulicza. Gdy potem Mikulicz po nominacji zjawił się z pożegnaniem u Gautscha, ten zwróciwszy mu uwagę na jego nieszczerość, zapewnił go, że o ile to od niego będzie zależeć, nie dopuści go do katedry w Wiedniu. Groźbę Gautscha zrealizował w kilka lat potem następca jego na fotelu minist. Madeyski, b. rektor U. J.
[36]) Mars: Prof. M. Jelita Madurowicz. Przegl. lek. 1894. Nr. 3.

fesorskie, jak np. profesorowie Czyżewicz starszy, Jordan, Mars, Bylicki, S. Braun, Al. Rosner, dalej doktorzy Festenburg, Strojnowski, Godlewski, Cercha, Kohn i inni. Wspomniane wady spotęgowały się u Madurowicza po stracie żony, zmarłej w młodym wieku przy pierwszym porodzie. Od tej chwili stał się Madurowicz na resztę życia dziwakiem. Największą przykrością było dlań odtąd wszelkie mówienie. Wprawdzie nie zaniedbywał wykładów, ale kosztowały go dużego wysiłku, egzaminować nie lubiał a poza egzaminami dyplomowemi nie przyjmował uczniów, zgłaszających się do t. zw. kollokwiów, albowiem dowodził, że kollokwium stanowi rozmowę dwóch uczonych, tymczasem uczeń jest jeszcze dalekim od uczonego. Dziwactwo jego stało się w Krakowie głośnem, gdy zawezwany przez ochmistrza dworu jednego z arcyksiążąt, czasowo zamieszkałych w Krakowie, do tegoż żony mającej odbyć poród, odmówił swej pomocy, gdy się dowiedział, że w myśl etykiety dworskiej będzie musiał przybyć w stroju uroczystym (fraku).

Mimo swej milkliwości nie uchylał się od godności i urzędów, jakie mu powierzano. Był więc dwukrotnie dziekanem Wydziału lek., rektorem Uniw. w r. 1880/1 i prezesem Tow. lek. krak. Był wreszcie nadzwyczajnym członkiem Akad. Um., wreszcie członkiem honorowym Tow. lek. galicyjskiego. Zmarł w r. 1894, pogodziwszy się przed śmiercią z kościołem, przeciw którego dogmatowi wystąpił w r. 1871 podpisując z Gilewskim, swoim przyjacielem, adres do ks. Döllingera.

Opróżnioną po Sławikowskim katedrę kliniki okulistycznej objął w r. 1870 jako profesor zwyczajny Lucjan R y d e l, ur. w r. 1833 w Bocheńskiem. Po jednym roku studjów we Wydziale lek. U. J. przeniósł się na dalsze studja do Uniw. wiedeńskiego, gdzie otrzymał w r. 1859 dyplom doktora med. a w r. 1861 dyplom doktora chirurgji. Od r. 1859 pracował jako elew w klinikach okulistycznych prof. Arlta i Jaegera, w r. 1862 został drugim a w r. 1864 pierwszym asystentem w klinice Arlta. W końcu lipca 1866 ustąpił z asystentury i osiadł w Krakowie, gdzie się jeszcze tegoż roku habilitował. W Rydlu otrzymał Uniw. Jag. znakomitego nauczyciela gałęzi medycyny, która właściwie dopiero wraz z nim stanęła w Krakowie na poziomie zachodnio-europejskim. A stało się to nie tylko dlatego, że Rydel, znalazłszy się w znakomitej szkole współtwórców nowoczesnej okulistyki, umiał dzięki swemu zamiłowaniu, zdolnościom i pracowitości zdobyć sobie gruntowną wiedzę, doświadczenie i wprawę techniczną, ale także dlatego, że posiadał z natury dany wielki talent nauczycielski i to, co ucznia niewoli i przywiązuje do swego nauczyciela, życzliwość dla uczniów i serce. Życzliwość jego i dobroć, niepołączone bynajmniej z szkodliwą zawsze zbytnią pobłażliwością, znaczyły się już w jego szlachetnej postaci, w jego pięknem męskiem obliczu, z powodu których niemcy wiedeńscy nazywali go „rycerskim Polakiem" (*„der ritterliche Pole"*). Rzadka harmonja przymiotów serca i intelektu z zewnętrznemi walorami postaci czyniła zeń, jak się trafnie wyraził F. Sroczyński[37]), „człowieka z jednego odlewu". Był pedagogiem niezrównanym raz z powodu swej dużej wiedzy i bogatego doświadczenia a zarazem i z powodu własnej twórczej pracy (ogłosił 30 prac naukowych, połowę z nich po niemiecku), powtóre z powodu swej wyraźnej i płynnej dykcji i nieskazitelnej czystości języka. Rydel piastował godności dziekańską (trzechkrotnie), rektorską (1884/5), dalej prezesa Tow. lek. krak., poza tem był członkiem Akad. Um. i różnych krajowych i zagranicznych towarzystw zawodowych. Był on ojcem poety Lucjana. Zmarł z wiosną 1895 z zapalenia płuc.

Do r. 1862 wykładał w Uniw. Jag. każdoczesny profesor chirurgji także dermatologję i syfilidologję. Dopiero w maju 1862 zatwierdziło c. k. Min. Antoniego R o s n e r a[38]) docentem tych przedmiotów, których wykłady zaraz potem objął. Rosner, urodzony w Tarnowie r. 1831, odbył studja lek. we Wiedniu, gdzie w r. 1855 został doktorem medycyny a później także doktorem chirurgji i magistrem położnictwa. Od r. 1855 praktykował w oddziałach wewnętrznych i chirurgicznych wiedeńskiego szpitala powszechnego a następnie był sekundarjuszem wspólnym kliniki skórnej prof. Hebry i wenerycznej prof. Sigmunda. W r. 1867 zamianowano go nadzwyczajnym profesorem bezpłatnym, w roku zaś 1871 profesorem płatnym i dyrektorem utworzonej po raz pierwszy kliniki skórno-wenerycznej. W r. 1887 otrzymał godność zwyczajnego profesora jednak bez płacy odpowiedniej, rzeczywistym zaś profesorem zwyczajnym został dopiero dwa lata przed śmiercią, której uległ nagle w r. 1896.

Choć się Rosner nie mógł poszczycić ani ilościowo obfitym ani jakościowo znamiennym dorobkiem naukowym, to przecież zapisał się w dziejach U. J. trwale raz jako twórca pierwszej kliniki skórno-wenerycznej, powtóre jako nauczyciel posiadający obok rozległej wiedzy ogólno lekarskiej i fachowej oraz wielkiego doświadczenia, prawdziwy talent pedagogiczny. Klinika jego mieściła się obok szpitalnego oddziału wenerycznego zrazu w szpitalu św. Ducha, zburzonym w r. 1891 na mocy nieopatrznej uchwały Rady miejskiej dla uzyskania miejsca pod budowę teatru miejskiego, a od 1. kwietnia 1879 na pierwszem piętrze poklasztornego budynku szpitala św. Łazarza. Do nowej kliniki poczęli się garnąć obok uczniów młodzi lekarze i tu kształcić się pod okiem doświadczonego profesora na specjalistów, których dotąd miał kraj niewielu. Z pośród licznych ściślejszych uczniów Rosnera dwóch zdobyło stanowiska uniwersyteckie, tj. prof. A. Zarewicz, prymarjusz szpit. św. Łazarza i prof. W. Reiss, następca Rosnera. Chociaż Rosner był niemal do końca życia tylko nadzwyczajnym profesorem, przecież wywierał jako członek Wydziału lek. przemożny wpływ na swych kolegów z czasu wiedeńskich studjów i stworzył z nich zespół, zwany „Wiedeńczykami", który przez długi czas przeprowadzał swą wolę we Wydziale lekarskim. Mimo wymienionych już zalet jako też mimo swego wielkiego przywiązania do Wszechnicy Jag. i do Krakowa, Rosner nie umiał sobie zdobyć większego przywiązania uczniów. Przeszkodą główną w tym względzie było jego chłodne usposobienie, skłonność do wytykania wad i błędów obok wielkiej wstrzemięźliwości w udzielaniu zachęty i pochwały.

Ostatnim „wiedeńczykiem", który jednak nie należał do zespołu „wiedeńczyków", był Józef Ł a z a r s k i, urodzony w Jeleśni koło Żywca w r. 1854. Studja farmaceutyczne i lekarskie odbył z początku w Gracu, potem w Wiedniu, gdzie uzyskał w r. 1875 dyplom magistra farmacji a w r. 1879 dyplom doktora wszech nauk lekarskich. W ciągu studjów był demonstratorem w zakładzie fizjologicznym (prof. B r ü c k e), jako młody lekarz był sekundarjuszem szpitala powszechnego a wkońcu asystentem zakładu farmakologicznego, którego dyrektorem był prof. V o g l. Odbywszy w r. 1881 w Wiedniu habilitację, przyjął powołanie do Krakowa w miejsce zmarłego prof. S k o b l a. W r. 1882 został nadzwyczajnym profesorem farmakologji i farmakognozji a w r. 1886 zwyczajnym profesorem tychże. Był trzykrotnie dziekanem Wydziału lek., w r. 1909/10 rektorem Uniw. Jag., poza tem był prezesem Tow. lek. krak., drugim chronologicznie prezesem Izby lek. krak., wreszcie prezesem komitetu administracyjnego szpitala św. Łazarza. Chociaż się dorobkiem naukowym nie odznaczył i choć wykładów swych nie urozmaicał eksperymentami, przecież umiał zająć uwagę słuchaczy zapałem, z jakim wygłaszał prelekcje. Pogodą umysłu i dobrocią serca zjednywał sobie wszystkich, szczególnie uczniów i kolegów, którym zawsze był gotów spieszyć z radą i z pomocą. Zmarł w r. 1924.

I oto przesunął się przed nami szereg nieżyjących już świetnych lekarzy, głośnych uczonych i doskonałych nauczycieli nieraz w jednej osobie, którzy wiedzą swą i doświadczeniem, zdobytemi na obczyźnie nieraz kosztem znacznych ofiar osobistych, wynieśli Szkołę Jagiellońską na poziom dorównujący poziomowi szczęśliwszych uczelni Zachodu Europy. Trudowi, którego się podjęli owi czcigodni mężowie, sprostali najzupełniej dzięki gorącemu umiłowaniu zawodu, zdolnościom swym i wielkiemu poczuciu przyjętych na się obowiązków, zatem dzięki zaletom, które dziś nie należą niestety do częstych. Za trud spotkała ich zasłużona nagroda w postaci zdobyczy świadczących o niezaprzeczonym postępie i stanowiących podstawę dla dalszego rozwoju nauki. To też wartości i znaczenia tych ich zdobyczy nie wolno nam ani lekceważyć, ani choćby tylko oceniać z łaskawą pobłażliwością dlatego, że w porównaniu z obecnym dorobkiem przedstawiają się może zbyt nikło i skromnie. Pamiętajmy o tem, że prawdziwa mądrość, choć nam nakazuje zawsze szukać „jasnego płomienia prawdy" i „nowych, nieodkrytych dróg", to nie pozwala nam zarazem poniżać przeszłości:

„Nieście... wiedzy pochodnię na czele
I nowy udział bierzcie w wieków dziele...
Ale nie depczcie przeszłości ołtarzy,
Choć macie sami doskonalsze wznieść;
Na nich się jeszcze święty ogień żarzy
I wy winniście im cześć!

Asnyk.

[37]) Przegl. lek. 1895. Nr. 18. Życiorys pióra Doc. F. Sroczyńskiego.

[38]) Nekrolog Dra Kwaśnickiego. Przegl. lek. 1896. Nr. 36.

PRACE ORYGINALNE.

Inż. T. SPASOWICZ. Warszawa.

Wyniki badań niektórych preparatów folikuliny znajdujących się na rynku krajowym.

Z Działu Surowic i Szczepionek Państw. Zakl. Hig. w Warszawie. Dyrektor naczelny: Doc. Dr. G. Szulc.

Miano folikuliny względnie *oestrin'y*, to jest składnika czynnego płynu pęcherzyków Graaf'a, oznacza się zapomocą metody fizjologicznej, opartej na reakcji samic kastrowanych (szczury, myszy, świnki morskie) na zastrzyki podskórne badanej folikuliny.

Za podstawę oceny przyjmuje się zmiany, jakie występują pod działaniem folikuliny w wydzielinie pochwy u zwierząt użytych do badań. Zwierzęta dokładnie kastrowane w okresie dojrzałości płciowej wykazują w wydzielinie z pochwy, badanej pod mikroskopem, leukocyty i śluz; stan taki charakteryzuje *dioestrus* (brak rui) i stan ten trwa u samiczek kastrowanych bez przerwy. Jeżeli takiemu zwierzęciu zastrzykuje się folikulinę, to w wydzielinie pochwy zachodzą zmiany następujące: leukocyty i śluz znikają, natomiast pojawiają się nabłonki zrogowaciałe bez jąder — stan ten charakteryzuje u zwierząt ruję *(oestrus)*. *Oestrus* nie przychodzi jednak bezpośrednio. *Dioestrus* przechodzi uprzednio w *prooestrus*, podczas którego w wydzielinie pochwy obok leukocytów występują liczne nabłonki jądrzaste; dopiero po *prooestrus* następuje *oestrus*. Kiedy po pewnym czasie *oestrus* się kończy, w wydzielinie znów następują zmiany: w tym okresie obok nabłonków zrogowaciałych zjawiają się dość liczne leukocyty — stan ten nazywa się *metaoestrus*.

Te zmiany w składzie wydzieliny pochwy, występujące u zwierząt kastrowanych po zastrzyku podskórnym czynnej folikuliny są identyczne ze zmianami, jakie zachodzą u zwierząt prawidłowych, dojrzałych pod względem płciowym.

Za jednostkę fizjologiczną folikuliny przyjęto najmniejszą ilość, która podana w drodze wstrzyknięcia podskórnego samicom (szczurom białym, lub myszom) kastrowanym wywołuje prawidłową ruję u 50% zwierząt wziętych do doświadczeń w ciągu 36 godzin po ostatniem wstrzyknięciu. Przy ocenie mikroskopowych preparatów wydzieliny z pochwy — pełny *oestrus* (wyłącznie nabłonki zrogowaciałe bez jąder) oznacza się dla poszczególnego zwierzęcia jako jeden punkt, jeżeli obok nabłonków zrogowaciałych bez jąder występują bardzo nieliczne nabłonki jądrzaste, to preparat ocenia się jako ½ punktu.

Do ścisłego mianowania folikuliny używa się jednorazowo 20 zwierząt, do badań orjentacyjnych można używać mniejszej ilości.

W pracy niniejszej do badania folikuliny używano szczurów przygotowanych w następujący sposób: samice dziewicze dojrzałe pod względem płciowym, to jest takie, które w ciągu 5—7 dni wykazywały pełny cykl rui *(dioestrus, prooestrus, oestrus* i *metaoestrus)* były dokładnie kastrowane. Po zabliźnieniu się cięć była pobierana i badana wydzielina z pochwy w ciągu 2 tygodni. Do badań folikuliny były używane zwierzęta zdrowe i tylko te, które przez cały okres przedwstępny wykazywały zupełny *dioestrus*.

Wszystkie szczury użyte do badań folikuliny znajdującej się w handlu były przez dłuższy czas wypróbowane z folikuliną czynną, przygotowaną do celów doświadczalnych w Dziale Surowic i Szczepionek P. Z. H.

Wodne preparaty handlowe folikuliny, których miano wyrażone jest w jednostkach mysich względnie szczurzych, były odpowiednio rozcieńczane jałową wodą destylowaną. Jeżeli miano było wyrażone w jednostkach szczurzych, to rozcieńczano w ten sposób, aby jedna jednostka szczurza była zawarta w 1,2 cm^3 płynu użytego do zastrzyku. Jeżeli miano podane było w jednostkach mysich, to przyjmowano przy rozcieńczaniu, że jedna jednostka szczurza = 5 jednostkom mysim. N. p. jeżeli było podane na etykiecie, że preparat folikuliny zawiera w 1 cm^3 50 jednostek mysich, to przyjmowano, że odpowiada to 10 jednostkom szczurzym. Aby otrzymać jedną jednostkę szczurzą w 1,2 cm^3 płynu, rozcieńczano 1 cm^3 folikuliny do 12 cm^3 (1 cm^3 + 11 cm^3 wody). Stosunek jednostek szczurzych do mysich 1:5 wydaje się nam bardziej rzeczywistym aniżeli inne, jak 1:3 (Lipschutz. C. R. de S. B. tom CVIII. Nr. 34), 1:4 podany przez pewną firmę handlową, lub 1:1 (Coward Burn. *Journal of Physiol.* 1927—63).

Otrzymane rozcieńczone jałowe roztwory badanej folikuliny zastrzykiwano szczurom podskórnie w 6 dawkach po 0,2 cm^3, w ten sposób każdy szczur otrzymywał 1,2 cm^3, czyli 1 jednostkę. Badania wydzieliny z pochwy i zastrzyki robione były według załączonej tabelki.

1 dzień	9 rano	badanie wydzieliny z pochwy:	injekcja	0.2 cm^3
	5 pp.		„	0.2 cm^3
2 „	9 rano	badanie wydzieliny z pochwy;	„	0.2 cm^3
	3 pp.		„	0,2 cm^3
	9 wieczór		„	0.2 cm^3
3 „	9 rano	badanie wydzieliny z pochwy:	„	0.2 cm^3
	5 pp.		—	—
4 „	9 rano	badanie wydzieliny z pochwy	—	—
	5 pp.		—	—

Pierwsze 2 preparaty z wydzieliny z pochwy wykazują zawsze *dioestrus* (brak rui), w 3-cim i 4-tym zachodzą zmiany charakteryzujące *prooestrus*, wreszcie w 5. lub 6. preparacie, jeżeli badana folikulina jest czynna, są obecne wyłącznie nabłonki zrogowaciałe bez jąder, swoiste dla *oestrus* (ruja).

Preparaty olejowe podawane były podskórnie w jednej dawce odpowiadającej 1 jednostce szczurzej. Badania wydzieliny z pochwy robiono w tych samych terminach co przy preparatach wodnych folikuliny.

Zbadano na zawartość jednostek fizjologicznych pięć znajdujących się w handlu preparatów folikuliny, z których dwa były pochodzenia krajowego, a trzy zagranicznego. W niżej przytoczonych protokółach oznaczamy poszczególne preparaty literami, nie podając ich nazw handlowych, ani firm wytwórczych.

10. XI. 1931 r. Folikulina A. Miano według etykiety 50 jednostek mysich w 1 cm^3.

Wynik badania:

NNr. szczurów	1-szy dzień	2-gi dzień	3-ci dzień	4-ty dzień
1	0	0	0	*oestrus* +
2	0	0	0	½ *oestrus* +
3	0	0	0	½ *oestrus* +
4	0	0	0	½ *oestrus* +
5	0	0	0	*oestrus* +
6	0	0	0	0
7	0	0	0	½ *oestrus* +
8	0	0	0	*oestrus* +
9	0	0	*oestrus* +	*oestrus* +
10	0	0	0	½ *oestrus* +

Na 10 użytych do badaniach szczurów u 4 stwierdzono pełny *oestrus*, u 5-ciu niezupełny, u 1-go *oestrus* nie wystąpił zupełnie. Razem wyników dodatnich 6,5 co według przyjętego wzoru i określenia jednostki wykazuje, że badana folikulina zawiera więcej niż 50 jednostek w 1 cm^3.

10. XI. 1931 r. Folikulina B. Miano według etykiety 100 jednostek mysich w 1 cm^3.

Wynik badania:

NNr. szczurów	1-szy dzień	2-gi dzień	3-ci dzień	4-ty dzień	5-ty dzień
1	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0
4	0	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0
6	0	0	0	0	0
7	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0
9	0	0	0	0	0
10	0	0	0	0	0

Preparat ten rozcieńczony według miana podanego na etykiecie nie dał ani jednego wyniku dodatniego. Dnia 30. XI. 31 r. powtórzono badanie z tym samym preparatem, przyjmując, że zawiera on tylko 50 jednostek mysich w 1 cm^3.

Wynik badania:

NNr. szczurów	1-szy dzień	2-gi dzień	3-ci dzień	4-ty dzień
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	½ *oestrus* +
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
6	0	0	0	0
7	0	0	0	½ *oestrus* +
8	0	0	0	*oestrus* +
9	0	0	0	*oestrus* +
10	0	0	0	*oestrus* +

W tem rozcieńczeniu na 10 szczurów u 3 stwierdzono pełny *oestrus*, u 2 niezupełny, a u 5-ciu wynik ujemny. Razem wyników dodatnich 4 zamiast 5 co wskazuje, że badana folikulina zawiera mniej niż 50 jednostek mysich w 1 cm³, zamiast 100 podanych na etykiecie.

25. XI. 31 r. Folikulina C. Miano według etykiety 40 jednostek mysich w 1 cm³.

Wynik badania:

NNr. szczurów	1-szy dzień	2-gi dzień	3-ci dzień	4-ty dzień
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
6	0	0	0	0
7	0	0	0	0
8	0	0	0	0
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0

Preparat ten podawany szczurom według miana na etykiecie nie dał ani jednego wyniku dodatniego.

25. XI. 31 r. Folikulina D. Miano według etykiety 1 cm³ zawiera 5 jednostek fizjologicznych. Przyjęto do dawkowania szczurom, że jedna jednostka fizjologiczna odpowiada jednej jednostce szczurzej.

Wynik badania:

NNr. szczurów	1-szy dzień	2-gi dzień	3-ci dzień	4-ty dzień
1	0	0	0	0
2	0	0	*oestrus* +	0
3	0	0	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
6	0	0	0	0
7	0	0	0	0
8	0	0	0	0
9	0	0	$^1/_2$ *oestrus* +	0
10	0	0	$^1/_2$ *oestrus* +	0

Preparat ten podawany szczurom w stężeniu według miana na etykiecie dał u 1 szczura wynik dodatni, u 2 niezupełnie dodatni, a u 7 ujemny. Razem wyników dodatnich 2 zamiast 5, czyli że 1 cm³ zawiera w przybliżeniu 2 jednostki fizjologiczne zamiast podanych 5.

30. XI. 31 r. Folikulina E. Miano według etykiety 40 jednostek mysich w 1 cm³.

Wynik badania:

NNr. szczurów	1-szy dzień	2-gi dzień	3-ci dzień	4-ty dzień
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
6	0	0	0	0
7	0	0	0	0
8	0	0	0	0
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0

Preparat ten rozcieńczony według miana podanego na etykiecie nie dał ani jednego wyniku dodatniego.

Dnia 9. XII. 31 r. powtórzono badanie z tym samym preparatem zwiększając dawkę o 20%.

Wynik badania:

NNr. szczurów	1-szy dzień	2-gi dzień	3-ci dzień	4-ty dzień
1	0	0	0	0
2	0	0	0	0
3	0	0	0	0
4	0	0	0	0
5	0	0	0	0
6	0	0	0	0
7	0	0	0	0
8	0	0	0	0
9	0	0	0	0
10	0	0	0	0

Również i w tym wypadku badany preparat nie dał ani jednego wyniku dodatniego.

Wnioski:

1. Jakkolwiek wyniki badań niniejszych nie ustalają ściśle siły badanych preparatów w jednostkach, jednakże pozwalają one stwierdzić, że w niektórych preparatach folikuliny, znajdujących się w handlu, istotna siła nie odpowiada mianu podanemu na etykiecie.

2. Należy raczej wprowadzić oznaczanie miana w jednostkach szczurzych. Miano w jednostkach szczurzych jest mniej efektowne, jednak bardziej realne i uchwytne.

3. Wahania i odchylenia handlowych preparatów folikuliny od miana podanego na etykietach wprowadzają w błąd i nie pozwalają na ustalenie w jakich przypadkach klinicznych folikulina działa swoiście.

4. Preparaty handlowe folikuliny powinny podlegać urzędowemu sprawdzaniu miana przed wypuszczeniem ich na rynek.

SPRAWOZDANIA POGLĄDOWE.

Dr. Jan ROSS, Asystent Szkoły położnych. Lwów.

Wady rozdwojenia macicy

na podstawie materjału chorych Oddziału Położniczo-Ginekolog. za okres ostatnich 20 lat.

Z Oddziału położn.-gin. Państw. Szpitala powszechnego we Lwowie.
Prymarjusz: Prof. Dr. A. Sołowij.

Wady rozwojowe macicy i pochwy, polegające na rozdwojeniu nie są rzadkie. Częstość występowania, z drugiej strony różnorodność postaci tłumaczy się zawiłym mechanizmem powstawania dolnego odcinka maciczno-pochwowego przez zrośnięcie się obu przewodów Müllera. Zrośnięcie się i następnie wytworzenie się wspólnego kanału maciczno-pochwowego odbywa się u płodów w 6-tym do 7-mego tygodnia życia płodowego. Wedle poglądów niektórych badaczy, jak Winckla, przewody Müllera przedstawiają się pierwotnie jako pasma lite, później dopiero następuje zróżnicowanie się do postaci przewodów. Nagel przyjmuje już od początku drożność przewodów i charakter budowy kanalikowej.

Wszelkie zaburzenia, które przeszkadzają w rozwoju płodowym w połączeniu się tych przewodów, względnie wstrzymują rozwój tychże, prowadzić będą do powstania wad rozwojowych, w których rozdwojenie macicy zajmuje pierwsze miejsce. Stopień tych zaburzeń będzie zależał od okresu powstania danej wady, t. j. od czasu, w jakim zadziałała przeszkoda, prowadząca do zboczenia.

Co się tyczy postaci wad rozdwojenia, to klasyfikacja ich nie jest jednolita, co podnosi szereg autorów (Van de Velde). Istnieją różne podziały, zależnie od tego, czy za podstawę podziału przyjmuje się moment morfologiczny, czy też mechanizm rozwojowy i czas powstania. Pierwotnie grupowano wady wedle obrazu morfologicznego i tak Kussmaul biorąc za punkt wyjścia moment morfologiczny, rozróżnia w swym podziale wady, polegające na ubytku, na niedorozwoju i rozdwojeniu. Obecnie powszechnie przyjmuje się podział oparty na mechaniźmie rozwojowym i za podstawę bierze się czas powstania danej wady. Na tej podstawie oparli klasyfikację wad Livius Fürst, Nagel i Winckel. Zależnie od czasu powstania danej wady Winckel wprowadził 7 grup, odpowiadających różnym okresom rozwojowym kanału rodnego. Podział Winckla, uwzględniający stronę morfologiczną i genetyczną, daje może najbardziej jasny obraz, gdy idzie o ocenę różnorodnych postaci wad rozwojowych, stąd też powszechnie się go przyjmuje. Każda grupa w podziale Winckla morfologicznie i anatomicznie odrębna, będzie odpowiadała równocześnie różnym okresom rozwojowym płodu, w których dana wada wzięła swój początek.

Pomijając szczegółowe omówienie wad rozdwojenia narządu rodnego wedle podziału Winckla, ograniczę się jedynie do omówienia tych postaci, które są przedmiotem naszego opracowania, t. j .wad, gdzie stopień rozdzielenia macicy mniej lub więcej wyraźnie się zaznaczył. We wadach tych najwyższy stopień zajmuje macica podwójna i pochwa podwójna, *Uterus didelphys* (Kussmaul, Winckel, Rosner), zwana też *uterus duplex separatus* (Menge) lub *Semiuteri separati* (Kermauner).

Do wad niższego stopnia należy zaliczyć różne postacie macicy dwurożnej *(uterus bicornis)* ze szyją pojedyńczą i podwójną.

Tutaj zależnie od głębokości rozdzielenia rogów należy odróżnić postacie:

uterus pseudodidelphys (trzony rozdzielone),

uterus bicornis duplex et unicollis, macica dwurożna, podwójna i pojedyńcza,

uterus arcuatus, macica zaklękła,

uterus planifundalis, macica płaskodenna,

uterus foras arcuatus septus, macica o dnie wypukłem z przegrodą.

We wszystkich tych postaciach macica może mieć przegrodę zupełną, częściową lub być bez przegrody, stąd określenia dodatkowe: *uterus septus, subseptus, simplex.* To samo może dotyczyć pochwy.

Gdy uwzględni się okoliczność, że w każdej z wymienionych postaci o różnym stopniu rozdwojenia możemy mieć do czynienia z niedorozwojem lub zanikiem jednego lub dwóch rogów, wtedy do obrazu wad przybędą postacie szczątkowych rogów. Te mogą częściowo zachowywać światło lub zatracać drożność, przyjmując charakter litych pasm *(uterus bicornis rudimentarius solidus* lub *excavatus).* Klinicznie najbardziej interesujące są te przypadki, gdzie zanik jednego rogu łączy się z pełnym rozwojem drugiego rogu, dając postać macicy dwurożnej o rogu szczątkowym *(uterus bicornis c. cornu rudimentario).* Winckel w swym podziale nazywa ostatnią wadę *uterus unicornis c. rudimento cornu alterius.* Ponieważ określenie *unicornis* rezerwuje się powszechnie na oznaczenie zupełnego braku jednego przewodu Müllera *(uterus unicornis verus),* stąd nazwa wprowadzona przez Winckla nie wydaje się być uzasadniona i powszechnie za Mengem przyjmuje się na określenie macicy dwurożnej o rogu szczątkowym, nazwę *uterus bicornis c. cornu rudimentario.*

W grupie macic dwurożnych, na osobną wzmiankę zasługują postacie macicy o najniższym stopniu rozdzielenia, które zewnętrznym swym wyglądem nieznacznie tylko odbiegają od wyglądu prawidłowej macicy, a to: macica o dnie wklęsłem lub płaskiem, *(uterus arcuatus et planifundalis).* Obecność przegrody w całości lub w części może być punktem wyjścia w tych wadach dla szeregu powikłań w czasie ciąży i porodu, stąd też te postacie wzbudzają duże zainteresowanie kliniczne.

Podobne znaczenie, z punktu widzenia klinicznego należy oddać macicy, która zewnętrznie przedstawia się prawidłowo, lecz wewnątrz posiada przegrodę całkowitą lub częściową. Na określenie tej postaci służą nazwy: *uterus septus, uterus bilocularis* (Rokitansky), *bipartitus* (Van de Velde), lub *uterus subseptus,* tam gdzie przegroda została częściowo zachowana. W wypadkach przegrody niezupełnej, zależnie od umiejscowienia się tejże, odróżniać będziemy postacie: *uterus subseptus unicorporeus, unicervicalis, biforis.*

Rozpoznanie tych postaci macicy z przegrodą wewnątrz, które zewnętrznym wyglądem nie odbiegają od normy, jest trudne, zwłaszcza gdy budowa szyi i pochwy jest prawidłowa i w niczem nie wzbudza podejrzenia na możliwość przegrody wewnątrz. Takie szczegóły jak szerokość macicy w trzonie, często tu i ówdzie zaznaczona podłużna bruzda na tylnej ścianie macicy tam, gdzie warunki badania są łatwe, będą niejednokrotnie pozwalały nam na branie tej możliwości pod uwagę. Przeważnie jednak rozpoznanie tych wad staje się dopiero możliwe po kontroli wnętrza macicy w związku ze zabiegami, które często zmuszeni jesteśmy wykonywać z powodu całego szeregu powikłań, jakie daje wspomniana wada zwłaszcza w czasie porodu.

Sprawa etjologji rozdwojenia macicy i pochwy jest do dziś niejasna i zapatrywania na nią są dalekie od uzgodnienia. Kussmaul widzi przyczynę wady w więzadle odbytniczo-pochwowem *(lig. rectovesicale),* które ma być przeszkodą w połączeniu się przewodów Müllera. Ponieważ więzadło to, jako zdwojenie blaszki otrzewnej, daje się stwierdzić tylko w 10% przypadków nie można zdaniem innych autorów (Zimmermann) przypisywać mu większego znaczenia. R. Meyer, którego zapatrywanie w nowszych czasach podziela szereg autorów, dopatruje się przyczyny w zbyt krótkich więzadłach okrągłych, gdyż znachodził w szeregu przypadków więzadła krótsze i silniej napięte. Winckel głównej przyczyny dopatruje się w zapaleniu otrzewnej u płodu we wczesnym okresie, a także w nadmiernym rozwoju ciała Wolffa, które może przeszkadzać połączeniu się obu przewodów. Nie da się zaprzeczyć, że niektórym z wyżej wymienionych czynników nie można odmawiać znaczenia w etjologji powstawania wad rozdwojenia, lecz kwestja, któremu z nich przypisać mamy główną rolę, nie da się dotychczas rozstrzygnąć.

Co się tyczy strony klinicznej wad rozdwojenia macicy, to w ocenie tych przypadków należy się liczyć z szeregiem powikłań, które przedewszystkiem występują w położnictwie. Rodzaj tych zaburzeń i ciężkość ich będzie zależała przedewszystkiem nie od stopnia rozdwojenia, nie tyle od momentu, jak dalece oba przewody Müllera zachowały swą samodzielność, ile raczej od czynnika, hamującego rozwój poszczególnych przewodów. Uwzględniając więc wady rozdwojenia macicy z punktu klinicznego, należy brać pod uwagę nietylko stopień rozdwojenia, lecz przedewszystkiem moment upośledzenia i zatrzymania w rozwoju poszczególnych części, gdyż ten ostatni czynnik hamujący, gdy idzie o powikłania kliniczne, jest najbardziej decydujący.

Najwyższy stopień upośledzenia jednego z rogów zachodzi w macicy dwurożnej o rogu szczątkowym *(uterus bicornis c. cornu rudimentario).* Zależnie od stopnia niedorozwoju danego rogu zachodzi tutaj szereg możliwości. I tak, obok jednego rogu dobrze rozwiniętego, może być drugi róg znacznie słabiej rozwinięty, węższy, krótszy, o ścianach cienkich, ze światłem wewnątrz lub też pozbawiony światła. Ten twór szczątkowy może łączyć się z rogiem dobrze rozwiniętym bądźto zapomocą pasma łączno-tkankowego litego, lub też może komunikować z jamą drugiego rogu. Gdy dla uzupełnienia obrazu zmian, dodamy różny stopień szczątkowości w budowie ścian i zachowania się światła, z drugiej strony uwzględnimy okoliczność, że zahamowanie rozwoju może zaznaczyć się w różnych odcinkach, jasną dla nas będzie wielopostaciowość zmian, związanych z powyższą wadą rozwojową.

W odróżnieniu od grupy wad rozdwojenia macicy o cechach szczątkowości, gdzie w grę wchodzi na pierwszem miejscu zaburzenie w rozwoju poszczególnych odcinków, osobne miejsce należy oddać grupie zmian rozdwojenia macicy, gdzie rozwój poszczególnych przewodów Müllerowskich nie doznał widocznego zahamowania, tylko z powodu różnych przeszkód nie przyszło do następowego ich połączenia i zlania się w jeden wspólny przewód maciczno-pochwowy. W grupie tej znowu ze względu na różne znaczenie kliniczne należy odróżnić postacie, gdzie stopień rozdwojenia jest duży i samodzielność poszczególnych części znaczna, od tych postaci, gdzie połączenie rogów jest ściślejsze, lecz zlanie się w jeden wspólny przewód z powodu utrzymania się przegrody wewnątrz jest niezupełne. Do pierwszej grupy zaliczymy wszystkie postacie o cechach rozdzielenia zupełnego, jak *uterus didelphys, pseudodidelphys, bicornis, bicollis et unicollis;* ostatniej grupie będą odpowiadały wady, w których postacie zewnętrzne nie bardzo odbiegają od normy, lecz z powodu przetrwania przegrody stało się niemożliwe wytworzenie się wspólnego kanału, *(uterus septus, bilocularis).* Jeżeli weźmiemy pod uwagę te obie krańcowe grupy w skali rozdwojenia, zajmujące najwyższe i najniższe miejsce, to w ocenie klinicznej, gdy idzie o powikłania, musimy uznać fakt, że częstość i ciężkość powikłań nie będzie zależała od stopnia rozdwojenia.

I tak w przypadkach, w których macica kształtem zewnętrznym nie różni się zbytnio od normy, a wewnątrz będzie istniała przegroda, musimy liczyć się częściej z całym szeregiem powikłań w ciąży i w porodzie, jako z następstwem przetrwania przegrody wewnątrz macicy. Z drugiej strony w przypadkach, gdzie rozdwojenie macicy jest znaczne i samodzielność każdego z rogów jest dostateczna, każda z macic dobrze rozwinięta może zachować w zupełności swą sprawność czynnościową. W takich wadach mogą się znaleźć odpowiednie warunki do rozwoju płodu, a następnie dość siły do jego wydalenia tak, że poród często przebiega prawidłowo.

Nie w stopniu rozdzielenia macicy, nie od momentu, czy mamy do czynienia z macicą więcej rozdzieloną, lub mniej, lecz w zaburzeniach rozwojowych, hamujących tę lub ową część, a także w pozostałościach przegrody, należy głównie szukać przyczyny dla szeregu powikłań tak w ciąży, jak i poza ciążą.

Z tego punktu widzenia przechodząc do rozpatrywania klinicznego wad rozdwojenia, w pierwszym rzędzie należy uwzględnić postacie macicy z niedorozwojem jednego z rogów. Powikłania w macicy dwurożnej o rogu szczątkowym będą różnorodne, zależnie od stopnia zatrzymania rozwoju rogu szczątkowego. W przypadkach, w których zachowane jest światło szczątkowej macicy i istnieje połączenie z drugim rogiem, miesiączki mogą przebiegać prawidłowo; tam gdzie róg kończy się ślepo, krew miesiączkowa będzie zalegała i przyjdzie do wytworzenia się krwiaka macicznego z wszystkiemi objawami towarzyszącemi, jak bóle, objawy uciskowe. Z objawami bolesnego miesiączkowania możemy spotkać się nawet w tych przypadkach, gdzie wolna przestrzeń szczątkowej macicy jest bardzo nieznaczna, a śluzówka jest słabo zaznaczona i nie jest zdolna do odczynu miesiączkowego. Niektórzy odnoszą te objawy do nawału krwi i obrzęku błony śluzowej, jako wyraz zachowanej czynności jajników. W przypadkach, gdzie przychodzi do zagnieżdżenia się jaja płodowego w szczątkowym rogu, przyjść musi do przerwania ciąży i to dość wcześnie podobnie, jak to się dzieje w ciąży trąbkowej.

W związku z niedostatecznym rozwojem ściany rogu i braku należytego odczynu ciążowego w błonie śluzowej w postaci błony

doczesnej, zaznaczyć się tu musi głębokie wnikanie kosmków w głąb, co prowadzi podobnie jak w ciąży trąbkowej do pęknięcia rogu. Zależnie od stanu mięśniówki i stopnia niedorozwoju szczątkowego rogu przerwanie ciąży wystąpi w różnych okresach, najczęściej w pierwszej połowie ciąży; znane są jednak przypadki, gdzie ciąża utrzymała się w drugiej połowie, a nawet dobiegła końca. Ostatecznym końcem każdej ciąży będzie pęknięcie rogu z objawami ciężkiego krwotoku wewnętrznego.

Częstość i ciężkość powikłań, występujących w macicach o rogach dobrze rozwiniętych będzie zależała nie tyle od stopnia rozdwojenia i głębokości siodełkowatego wgłębienia, ile raczej od stopnia rozwoju samych rogów i od zachowania się przegrody. Tam, gdzie niema upośledzenia w budowie ściany rogów, gdzie każda z części zachowuje swą odrębność, a zarazem sprawność czynnościową, to poród przebiega często bez powikłań. Inaczej rzecz się przedstawia, gdy oba rogi lub jeden z nich będą wykazywały pewien stan niedorozwoju, wówczas przychodzi często do szeregu powikłań, w pierwszym rzędzie do przedwczesnego przerwania ciąży. Wszyscy autorowie zwracają uwagę na częstość samoistnych poronień i przedwczesnych porodów. I tak Bonny (wedle Zimmermanna) oblicza samoistne przerwanie ciąży w takich przypadkach na 25%, Duning 23%, Pfannenstiel na 40%, Zalewski na podstawie materjału kliniki Bauma na 60% (na 14 przypadków). Za przyczynę uważa się szczupłość miejsca w rogach, nieprawidłowe położenie płodu; niedogodne warunki do zagnieżdżenia się jaja i częste krwawienia. Są notowane przypadki, gdzie kilkakrotne poronienia pochodziły z jednego rogu, gdy ciąża w drugim rogu utrzymywała się do końca (Dirner). W przypadku Oker-Bloma kobieta 4 razy roniła z jednego rogu, z drugiego rogu ciążę 4 razy donosiła. W przypadku Sołowija kobieta 3 razy rodziła z macicy dwurożnej; podczas laparotomji wykonanej z powodu torbieli przyjajnikowej znaleziono drugi róg zanikły. W stanie anatomicznym macicy, w niedostatecznym rozwoju mięśnia należy szukać przyczyny niemożności utrzymania ciąży w tych przypadkach (Wertheim, Rokitansky).

Van de Velde zwrócił uwagę na to, że szyja macicy w przypadkach wad rozdwojenia wykazuje cechy niedorozwoju, jest mała i trudno rozciągliwa. Stąd też w przebiegu porodu częściej przychodzi do wielkich pęknięć szyi (Meer, Füchtenbusch, Boissard), niekiedy można obserwować przedłużanie się porodu. Hückstädt podaje czas wydalania płodu u pierwiastek na 24 godzin, u wieloródek na 15 godzin. Obok niepodatności szyi odgrywa tu rolę osłabienie mięśnia macicy, do czego należy odnieść zaburzenia w okresie wydalania łożyska, jego niedostateczne odklejanie się i krwawienie z niedowładu.

Z dalszych powikłań w takich postaciach macic rozdzielonych przychodzi do rozdęcia dolnego odcinka macicy i pęknięcia, które pojawia się zwyczajnie w miejscu połączenia obu trzonów, gdyż w miejscu tem i na szczycie rogów mięsień jest najsłabiej rozwinięty (Rokitansky, Weil, Winter). Oprócz słabej muskulatury w pęknięciach macicy ma odgrywać ważną rolę oporność szyi i ujścia zewnętrznego. Do dalszych nieprawidłowości w czasie porodu, jakie spotyka się w macicach dwurożnych należy zaliczyć nieprawidłowe położenia płodu, słabe bóle, uwięzgnięcie rogu wolnego w miednicy małej, oraz krwawienia w 3 okresie.

Na osobną wzmiankę zasługują przypadki, w których przychodzi do nieprawidłowego położenia płodu, które odnieść należy do kształtu macicy. W macicach jednorożnych należy się liczyć ze skośnem położeniem płodu, płód ustawia się skośnie w stosunku do miednicy. W macicach dwurożnych o słabym stopniu rozdzielenia trzonów *(uterus arcuatus)* położenia poprzeczne są bardzo częste; Vogel znachodził je w 29%, Schatz w 26%. Są opisane przypadki, gdzie kobieta rodziła kilkakrotnie tylko w położeniach poprzecznych (Klein). W macicach dwurożnych o wyższym stopniu rozdzielenia, gdy przychodzi do rozwoju ciąży w jednym rogu, drugi róg pusty bywa uniesiony z miednicy małej ku górze, robi wtedy wrażenie dodatkowego guza i wówczas nie stanowi przeszkody na drodze porodowej. Może się jednak zdarzyć, że wolny róg zatrzymuje się w miednicy małej i wtedy zagradza wejście do miednicy, dając objawy uwięźnięcia guza (Müller, Holzapfel, Potocki, Vollmann). Rzadziej przychodzi do uwięźnięcia rogu ciężarnego, który wtedy daje podobne objawy jak uwięźnięcie ciężarnej macicy tyłozgiętej (przyp. Zimmermanna). Rozpoznanie w przypadkach uwięźnięcia rogu nie jest łatwe i często takie przypadki operowano z rozpoznaniem torbieli, mięśniaka (Braun, Finley).

Do rzadszych powikłań w macicach dwurożnych należy zaliczyć skręt rogu ciężarnego, z gwałtownemi objawami, charakterystycznemi dla skrętu. Powikłanie to częściej zdarza się w macicy jednorożnej *(uterus unicornis)*, gdyż aparat podtrzymujący macicę w jej prawidłowem położeniu działa tutaj tylko z jednej strony. Skręt jednej połowy macicy zdarzyć się też może w macicach z przegrodą wewnątrz, jakkolwiek macica wyglądem zewnętrznym nie różni się od prawidłowej, *(uterus septus* lub *subseptus)* przyp. Sawickiej i nasz opisany poniżej.

W ocenie powikłań klinicznych na osobne omówienie zasługują postacie macicy, które swym wyglądem zewnętrznym, bądź to niewiele odbiegają od normy, lub zachowują kształt prawidłowy, a wewnątrz mają przegrodę *(uterus septus, subseptus)*. W całym szeregu zaburzeń, jak poronienia, nieprawidłowe położenia płodu, niedostateczna czynność macicy, z jakiemi często w tych wadach się spotykamy, na pierwszem miejscu należy umieścić ciężkie powikłania w 3 okresie porodowym. Częste usadowienie się łożyska na przegrodzie prowadzi do zatrzymania, do gorszego odklejania się, stąd do gwałtownych krwawień. Z drugiej strony przypadki głębokiego przyrośnięcia łożyska nie są rzadkie, które należy tłumaczyć niedostatecznym rozwojem doczesnej, oraz gorszemi warunkami podłoża. W macicach z przegrodą niezupełną płód usadowić się może po jednej stronie przegrody a łożysko po stronie przeciwnej (Jakesch - Favell), z czego mogą powstać trudności w usunięciu łożyska. W przypadku Rudla dojście do rogu, w którym znajdowało się łożysko było drożne na palec. Zalewski powikłania w 3 okresie z powodu zatrzymania łożyska oblicza dla tych postaci macicy na 60%, Van de Velde na 2/3 części wszystkich przypadków, przyczem w 1/3 części przychodziło do ręcznego wydobycia łożyska. W 3 przypadkach Wagnera 2 razy wydobyto łożysko ręcznie. Odrębne znaczenie ma wada, gdzie przegroda ogranicza się do szyi, powyżej której istnieje wspólna jama macicy *(uterus infraseptus, biforis)*. Przegroda taka na kształt siodła może zagradzać przejście płodu w dół i poród może się odbyć wówczas, gdy przegroda ulegnie przerwaniu lub odsunięciu na bok. Podobnemu też losowi ulega zazwyczaj przegroda w pochwie i tylko w wypadkach, gdy jest gruba i oporna wymaga zabiegu.

Wady rozdwojenia macicy i pochwy nie mają wielkiego znaczenia w ginekologji. Zaburzenia miesiączkowe, obfite, długotrwałe krwawienia, bóle częściej mogą się zdarzać niż w stanach prawidłowych. Miesiączkowanie odbywa się równocześnie z obu macic, lecz są opisane przypadki, gdzie miesiączkuje naprzemian naprzód jedna macica, później druga (Eymer); stąd też mają pochodzić długotrwałe krwawienia. Handfield zwraca uwagę na częste miesiączkowanie z wolnego rogu w przypadkach równoczesnej ciąży w drugim rogu. Objawy bolesnej miesiączki dają się wyjaśnić słabszym rozwojem macicy, względnie jednego z rogów, oraz opornością ujścia zewnętrznego (Zimmermann, Eymer). Na niezdolność zastąpienia, wymienione wady nie mają wpływu. W przypadku opisanym przez Zomakiona niepłodność pochodziła stąd, że prawa szeroka pochwa, w której odbywało się spółkowanie, kończyła się w górze ślepo, podczas gdy lewa pochwa, która komunikawała ze szyją, była bardzo wąska. Po przecięciu przegrody kobieta ta zaszła w ciążę. Autor obserwację w tym przypadku wykorzystał w kierunku wprost przeciwnym, mianowicie przeprowadził sterylizację u jednej chorej z pochwą podwójną, lecz o zniszczonej przegrodzie w czasie porodu. Zabieg, który z powodu gruźlicy płuc miał na celu sprowadzić sterylizację, polegał na tem, że część pochwowa została zamknięta we wąskiej pochwie, podczas gdy szerszą pochwę zakończono ślepo.

Rozpoznanie wad rozdwojenia macicy niejednokrotnie jest trudne, zwłaszcza tam, gdzie szyja jest pojedyńcza i brak przegrody w pochwie t. j. tych szczegółów, które mogą zwracać uwagę na możliwość istnienia nieprawidłowego stanu macicy. Stąd też pomyłki rozpoznawcze są częste, i opisywane są liczne przypadki, gdzie róg macicy rozpoznawano jako mięśniak lub torbiel i jako takie znachodziły się one na stole operacyjnym. W przypadkach wątpliwych należy korzystać z prześwietlenia macicy Roentgenem, gdyż metoda ta w niejednym przypadku może skierować rozpoznanie na właściwe tory.

Co do postępowania leczniczego, to w przypadkach niepłodności lub w celach zapobiegawczych przeciw ciężkim powikłaniom, jakie poprzednio występowały, niejednokrotnie uciekamy się do zabiegu operacyjnego. Tam, gdzie istnieje przegroda w pochwie lub w szyi macicy, wystarczy jej wycięcie (wedle Rungego). W przypadkach macic dwurożnych, gdy idzie o przywrócenie naturalnej wspólności obu macic, należy uciec się do radykalniejszej operacji metodą Strassmanna, polegającej na zeszyciu obu rogów. W przypadkach *uterus arcuatus* Kakuszkin podał własną metodę polegającą na wycięciu klina w zagłębieniu dna 5 cm długiego i 3 cm szerokiego, następnie na zeszyciu brzegów rany. Często w przypadkach macicy o rogu szczątkowym, gdy rozwijający się krwiak daje znaczne dolegliwości, zmuszeni jesteśmy niejednokrotnie uciekać się do usunięcia szczątkowego rogu, tem bardziej, że nie możemy w takich przypadkach wykluczyć możliwości późniejszej ciąży, która zawsze stwarza wielkie niebezpieczeństwo

dla danej osoby. Wzgląd ten, naszem zdaniem, nakazywałby dokładną kontrolę narządu rodnego podczas każdej laparotomji, wykonywanej u kobiety z innego wskazania, by nie pominąć sposobności usunięcia w celach zapobiegawczych szczątkowego rogu macicy, jako punktu wyjścia dla ciężkich i niebezpiecznych powikłań.

Dok. nast.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Aleksander ZIENKIEWICZ, Dyr. Szpit. Powiat. Włodzimierz.

Ostre zapalenie nerwu wzrokowego na tle zatrucia alkoholem metylowym.

Dnia 18 maja 1930 r. w pow. Włodzimierskim na wsi odbywało się wesele. Matka pana młodego ze względów oszczędnościowych kupiła na wesele alkoholu metylowego, którym zaczęła częstować gości po poprzednim wypiciu wódki czystej i piwa.

Skutek uczty był bardzo fatalny, a mianowicie matka pana młodego zmarła na drugi dzień, a pięć osób bardzo ciężko zachorowało w przeciągu tygodnia (bóle głowy, brzucha, wymioty, biegunki) przyczem w znacznym stopniu wystąpiło osłabienie wzroku, które nastąpiło po dwóch mniej więcej tygodniach. U dwóch zaś chorych wystąpiły objawy *neuritis acuta*.

Antoni K. lat 24 rolnik, zgłosił się do mnie dnia 23 maja 1930 r. ze skargami na silne bóle głowy i całkowitą utratę wzroku, podając iż dnia 18 maja na weselu wypił wódki czystej, piwa i rozcieńczonego alkoholu metylowego około 200 g, przy obfitym posiłku.

Dnia 19. V. czuł się naogół dobrze. Dnia 20. V. koło godziny 16-ej zaczęła go boleć głowa i słabnąć wzrok. Wówczas zaczęły go leczyć baby, nacierając ciało alkoholem metylowym razem z amonjakiem.

Po tych nacieraniach zaczął coraz bardziej ślepnąć tak, że dnia 21. V. nic absolutnie nie widział. Zwrócił się tedy do najbliższego lekarza, który zaordynował mu jakieś leki, lecz stan jego oczu nie polepszył się. Wówczas chory przybył do mnie.

Badanie wykazało wzrost wyżej niż średni, budowę i odżywienie dobre, ze strony serca, płuc, przewodu pokarmowego żadnych zmian. W moczu nic szczególnego. Chorób wenerycznych nie przechodził, jak również nie pamięta, aby kiedyś był chory.

Alkoholu używał przy okazji, tytoniu nie palił.

Gałka oczna miękka; źrenice silnie rozszerzone i nieruchome; rogówka nieczuła na dotyk; przednia komora głęboka; siatkówka ciemno-bronzowa, naczynia widać; tarcza biało-szara. Nie widzi palca na odległości 10 cm. Po nakłuciu lędźwiowem, płyn mózgowo-rdzeniowy wypływał pod ciśnieniem, czysty z zapachem alkoholu.

Wobec odmowy chorego pozostania w szpitalu, zmuszony byłem leczyć go ambulatoryjnie. Zrobiłem *injec. sol. strychnini nitr.* do skroni, do domu zaś przepisałem *Tr. Strychni, Sol. Kali Jodati* ex 5,0—180,0, *Sol. Nat. Jodati* ex 0,3—10,0 do oczu; zaleciłem oczyszczenie przewodu pokarmowego, przebywanie w ciemnym pokoju, absolutny spokój, lód na głowę, dużo płynów oraz postawienie za uszami po pięć pijawek.

21. V. Zjawiła się bardzo nieznaczna reakcja źrenic, siatkówka nieco jaśniejsza. Odróżniać zaczął kolor biały (płaszcz lekarski i ściany). Zmniejszyły się bóle głowy. Napięcie gałki w obu oczach 25 mm Hg. Ponowne nakłucie lędźwiowe (10 cm płynu).

3. VI. Odruchy źrenic żywsze. Ciśnienie gałki ocznej prawej 25 mm Hg, lewej 30 mm Hg, widzi rękę na odległości 1 m, przedmioty zaś widzi albo w czarnym, albo białym kolorze. Dno oka bez szczególnych zmian. Bóle głowy ustały. Leczenie poprzednie.

17. VI. Źrenice rozszerzone, odruchy ich lepsze. Ciśnienie gałki ocznej prawej 30 mm Hg, lewej 40 mm Hg. Tarcza blado-różowa, w siatkówce można odróżnić unaczynienia. Odróżniać zaczął barwy: czerwoną, zieloną i żółtą.

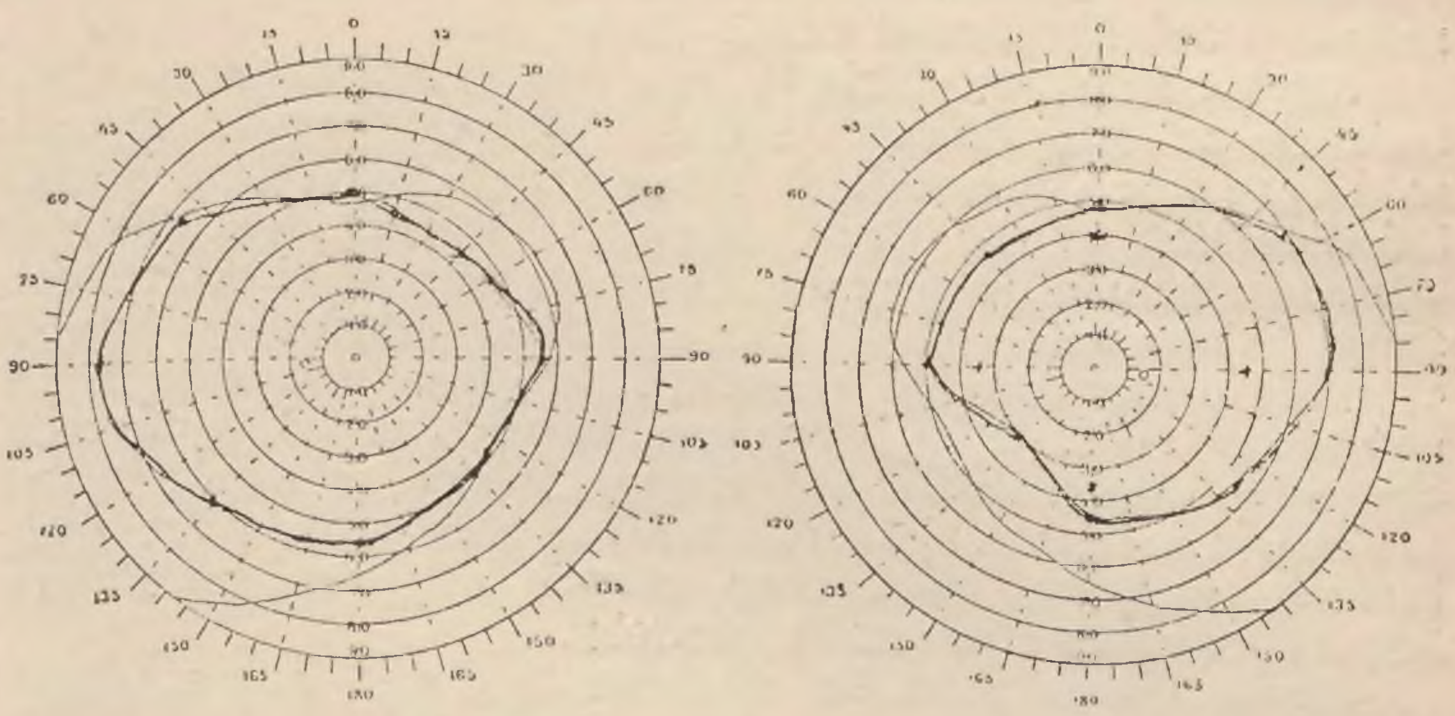
27. VI. Źrenice rozszerzone, odruchy i ciśnienie poprzednie. W siatkówce oka prawego jest dużo punktów koloru brunatnego, w lewej kilka wysepek również koloru brunatnego. Tarcza oka prawego biała, natomiast tarcza oka lewego wykazuje na białym tle różowe punkciki.

22. VII. Źrenice rozszerzone, odruchy i ciśnienie jak poprzednio. Poczucie barw w obu oczach prawidłowe. Vod. O. D. = ręka na pół metra. Vod O. S. = ręka na dwa metry. Dno oka bez widocznych zmian. Leczenie poprzednie. Pracował w polu przez żniwa i roboty jesienne (kosił, orał, bronował).

15. XI. Źrenice rozszerzone; odruchy nieco lepsze. Dno oka bez widocznych zmian. Vod O. D. = palce na pół metra. Vod. O. S. = palce na półtora metra. Ciśnienie O. D. = 35 mm Hg. Ciśnienie O. S. = 40 mm Hg. Leczenie poprzednie z dodatkiem tranu 3 razy dziennie po stołowej łyżce.

17. XI. 31 r. Źrenice rozszerzone, odruchy lepsze. Dno oka prawego bez zmian, oka lewego unaczynienie prawie prawidłowe; na tarczy więcej punktów różowych. Vod poprzedni.

11. XII. 31. Odruchy źrenic żywe, źrenice więcej zwężone. Siatkówka oka prawego przedstawia się jakby posypana pieprzem, na tarczy więcej wysepek różowych. Siatkówka oka lewego wygląda prawidłowo, tarcza z zewnętrznej części różowa, reszta (1/3 część) biaława. Vod O. D. = palce na dwa metry. Vod O. S. = palce na trzy metry. Subjektywnie czuje się dobrze, odczuwa stale poprawę wzroku tak, że szczegóły przedmiotów z każdym tygodniem robią się bardziej jasne. Pole widzenia nieco zwężone. Patrz poniżej:



Jan J. lat 25, rolnik — wiejski muzykant. Budowy ciała prawidłowej, odżywiania słabego, żonaty, ma dziecko, chorób wenerycznych nie przebywał. Alkoholu używał przy okazji na weselach, jako muzykant.

Dnia 18. V. 30 r. będąc na weselu pił wpierw wódkę czystą, następnie rozcieńczony spirytus metylowy około 200 g.

Dnia 19. V. 30 r. czuł się naogół nieźle. Dnia 20. V. zaczął gorzej widzieć i wypił flaszkę piwa.

Dnia 21. V. 30 r. z rana zmuszony był udać się do szpitala w pow. horochowskim z powodu bólów w żołądku i piersiach. Podjeżdżając do szpitala zaczął coraz to gorzej widzieć, a z chwilą położenia go do łóżka całkowicie utracił wzrok. W szpitalu dostał silnej gorączki i zaczął majaczyć. Gorączka trwała kilka dni. Rodzina, widząc iż nie jest mu lepiej, zabrała go ze szpitala, jako umysłowo chorego.

Dnia 28. V. 30 r. chorego przywieziono do mnie. Ciepłota 37,2. Stan bardzo podniecony, tętna zliczyć niepodobna. Chory nie orjentuje się co z nim jest, gdzie się znajduje i wszystkiego się boi.

Badanie oka wykazało co następuje: gałka oczna miękka, źrenice równomiernie silnie rozszerzone i nieruchome; przednia komora głęboka. Siatkówka ciemnobronzowa, naczyń nie widać; tarcza białoszara. O poczuciu światła nic powiedzieć nie można, gdyż chory jest nieprzytomny.

Otrzymał zastrzyk *Sol. Morph. muriat.* 1 g następnie zapomocą nakłucia lędźwiowego wypuściłem do 15 cm³ płynu mózgowo-rdzeniowego. Płyn czysty bez zapachu alkoholu. Do domu zaś przepisałem chininę z piramidonem i *Tr. Strychni*, ponadto postawiono 10 pijawek poza uszami oraz poleciłem dawać dużo płynów. Po tych zabiegach chory uspokoił się i w drodze powrotnej spał.

1. VI. Ciepłota ciała 36,4, tętno 80. Psychoza ustąpiła całkowicie. Gałka oczna miękka, źrenice rozszerzone i brak w nich odruchów, siatkówka nieco światlejsza, lecz posiada dużo wysp bronzowych, tarcza bardzo biała, brak poczucia światła, bóle głowy mniejsze.

Dokonałem ponownie nakłucia lędźwiowego (8 cm³ płynu). Do domu przepisano *Tr. Strychni, Piramidoni, Kali Bromati* i *Kali Jodati* oraz *Sol. Nat. Jodati* 0,3 na 10 do oczu. Na drugi dzień zjawiło się poczucie światła (widział cień własnej ręki) i z każdym dniem wzrok stale się poprawiał tak, że dnia 13. VI. przyszedł do mieszkania mego, nie będąc już przez nikogo prowadzony. Źrenice rozszerzone, odruchy bardzo słabe, tarcza blada o bardzo słabym odcieniu różowym w niektórych miejscach. Siatkówka nieco jaśniejsza. Widzi duże przedmioty w barwach czarnych i białych.

Ciśnienie w obu gałkach 25 mm Hg. *Inject. Sol. Strychni Nitr.* do skroni.

27. VI. Źrenice rozszerzone, odruchy słabe, ciśnienie w obu oczach 28 mm Hg, siatkówka oka prawego wykazuje wylewy krwi w dolnych odcinkach i rozróżnia barwy białą i czarną. Siatkówka oka lewego wykazuje w niektórych miejscach kropelkowe wylewy krwi i rozróżnia wszystkie barwy.

22. VII. Stan poprzedni za wyjątkiem nieznacznej poprawy w siatkówce. Leczenie poprzednie. Chory jest już zdolny do pracy w polu, lecz niewyleczony, zaniechał systematycznego leczenia.

21. XI. 31. Źrenice rozszerzone, odruchy słabe. Unaczynienie siatkówki prawidłowe. Na białej tarczy różowe wysepki, barwy zbliska odróżnia dobrze, zdaleka wszystko wygląda szaro. Widzi palce w odległości trzech metrów. Bóle głowy przy dłuższem patrzeniu w jedno miejsce, wobec czego nie można było wykreślić pola widzenia.

Będąc biednym oraz nie zarabiając graniem na weselach, źle odżywiał się i przeto znacznie stracił na wadze. Wykonuje wszystkie roboty w polu i w domu.

Leczenie: *Ol. Jecoris As. Strychnini Nitr.* z *Kali Jodati* w pigułkach i *Sol. Nat. Jodati* ex 0,3—10 do oczu.

Alkohol metylowy (CH_3OH) jest płynem bezbarwnym, otrzymuje się go jako produkt suchej destylacji drzewa. Zatrucie w lżejszych przypadkach objawia się zaburzeniami wzroku i opieszałością źrenic (pięciu chorych, u których było chwilowo osłabienie wzroku), w średnich rozszerzeniem, nieruchomością źrenic i dusznością; w bardzo ciężkich przypadkach (dwóch chorych) doprowadza do ślepoty. Prócz tego występuje sinica, gwałtowny ból żołądka i brzucha (chory Jan J.), niemożność chodzenia i posunięte do najwyższego stopnia osłabienie ogólne.

Śmierć następuje wskutek porażenia oddychania. Jedną z najbardziej typowych zmian przy zatruciu alkoholem metylowym jest zwyrodnienie tłuszczowe wątroby.

Dawka trująca waha się od 25 do 75 g ale i mniejsze dawki 10—12 g mogą być groźne dla życia (Krawkow).

O ile można sądzić na podstawie doświadczeń z sercem wyodrębnionem, to alkohol metylowy jest najmniej trujący dla serca ze wszystkich alkoholów (Adropow-Krawkow).

Doświadczenia świadczą, że toksyczność alkoholu metylowego zależną jest od pochodnej jego powstającej w organiźmie, a mianowicie alkohol utlenia się w ustroju w kwas mrówkowy, który posiadając cechy redukujące (zawierając w swej cząsteczce grupę aldehydową), działa na organizm bardziej trująco, aniżeli kwas octowy, butylowy i t. d. Niektórzy, jak W. His, zaliczają CH_3OH do jadów systemu nerwowego, który niszczy komórki nerwowe, przeważnie w siatkówce, moście i rdzeniu przedłużonym.

Alkohol metylowy wydziela się z ustroju bardzo powoli. U psa w 48 godzin po wstrzyknięciu jeszcze 37% alkoholu krążyło we krwi w stanie niezmienionym, 39% utleniło się, przechodząc w kwas mrówkowy (który częściowo przechodzi do moczu), a 24% zostało wydzielone z ustroju (Phol).

Pulsson stwierdził u psa we krwi alk. met. jeszcze po pięciu dniach od chwili zastrzyknięcia.

Wobec powyższego, otrucie może ujawniać się nie natychmiast, (co miało miejsce w moich przypadkach), lecz po 1—3 dniach po wypiciu i zawsze daje bardzo niepewne rokowanie, ponieważ lekkie początkowo przypadki, później mogą przejść w ciężkie i śmiertelne (drugi przypadek).

Po powtórnem spożyciu alkoholu metylowego następuje zatem komulacja (chory Antoni K.).

Schmiedeberg uważa objawy otrucia za następstwo kwasicy, spowodowanej przez kwas mrówkowy.

Harnacz uważa że CH_3OH działa podobnie jak atoksyl, a mianowicie następuje zwyrodnienie zapalne składników nerwowych oka.

O ile alk. metylowy nie spowoduje śmierci, to najczęstszym i najgroźniejszym skutkiem otrucia jest ślepota, względnie upośledzenie wzroku na całe życie, co zostało stwierdzone przez cały szereg autorów (Prokopenko, Büller, Wood, Mogilnicki, Grzędzielski, Zamkowski, Stromberg, Nodel, Krudener, Machek, Strassman, Triboulet, Mignot, Hippel i t. d.).

Leczenie przy tem otruciu musi być bardzo energiczne, skierowane do usunięcia trucizny z ustroju wszelkiemi sposobami, a następnie niezależnie od stanu wzroku musi być taki chory oddany pod opiekę okulisty.

Zalecany przez Wersena, Pincusa, Mausa i Zatheliusa sposób stosowania parokrotnego nawet nakłucia lędźwiowego, jak również i upust krwi, które zastosowałem celem usunięcia ze krwi trucizny, dał bardzo dobre wyniki.

Na mocy powyższego wskazanem jest przy każdem otruciu alk. metylowym robić nakłucia lędźwiowe oraz upust krwi, gdyż niewiadomem jest ile alkoholu niezmienionego krąży we krwi i czy tenże nie podziała na nerw wzrokowy, od zdrowia i całości którego zależy byt i szczęście chorego.

Następowe leczenie w moich przypadkach przez cały czas polegało na podawaniu strychniny i jodu, jako środków pobudzających i resorbujących.

Efekt leczenia w pierwszym przypadku jest bardzo dobry, gdyż chory ma prawie że prawidłowy wzrok, który niezawodnie poprawi się jeszcze lepiej.

W drugim przypadku chory widzi znacznie gorzej raz dlatego, że leczenie faktycznie rozpoczęło się po 10 dniach, po drugie, że leczył się opieszale.

Burner prócz jodu i strychniny stosował rtęć i pilokarpinę.

K. Bałłaban (Klinika oczna U. W.) stosował zastrzyki pozagałkowe atropiny przy otruciu spirytusem skażonym z dobrym wynikiem.

Na zakończenie uważałbym za wskazane, aby władze miarodajne na wzór rządów węgierskiego i pruskiego (F. Obarski), wycofały ze sprzedaży spirytus metylowy, gdyż ludzie biedni (przy drogiej obecnie wódce) i nieobeznani z właściwością tak strasznej trucizny, mogą stać się kalekami i być ciężarem dla społeczeństwa.

Stosowanie natomiast spirytusu skażonego dla rozmaitych okładów i kompresów, mycie rąk i t. d., co obecnie szeroko stosuje się, uważałbym za niewskazane, a to dlatego, że zawiera w sobie, pomimo innych szkodliwych składników, spirytus metylowy w ilości 1%.

OCENY I SPRAWOZDANIA.

Dr. Eleonora Reicher: *O działaniu ćwiczeń cielesnych na ustrój ludzi zdrowych i chorych.* Z II. Kliniki chorób wewn. Uniw. Warsz. Prof. Witolda Orłowskiego. Warszawa. 1932 r. 300 str.

Wychowanie fizyczne młodzieży ostatniemi czasy staje się coraz bardziej sprawą aktualną i zatacza coraz to szersze kręgi. Wprowadzenie do szkół w większym zakresie gimnastyki, różnego rodzaju ćwiczeń cielesnych i sportów naturalnie jest wielce pożądanem, lecz przytem potrzebne jest zadosyćuczynienie, jak i w lecznictwie, zasadzie *„Primum non nocere"*. Nadużywanie ćwiczeń cielesnych i sportów i przekraczanie tym sposobem możliwości ustroju może się odbijać z wielkim uszczerbkiem na zdrowiu, szczególnie wtedy, jeżeli chodzi o ustrój rosnący, to też zaczęto się bardziej interesować temi sprawami i badać je naukowo. Brak systematycznych badań w zakresie wpływu ćwiczeń cielesnych na ustrój ludzki był pobudką do zorganizowania w 1928 r. przez prof. W. Orłowskiego w jego Klinice, Poradni Klinicznej Wychowania Fizycznego, kierownictwo której zostało powierzone autorce niniejszej monografji. Monografja ta, jak zaznacza w swojej przedmowie Prof. Orłowski, przedstawia pierwszą w piśmiennictwie wszechświatowem próbę syntezy działania ćwiczeń fizycznych na ustrój ludzki. Oprócz opisu własnych, nadzwyczaj skrupulatnych i szczegółowych badań, przeprowadzonych w Poradni, a także nowych oryginalnych spostrzeżeń, np. o bezpośredniem działaniu ćwiczeń fizycznych na układ nerwu błędnego, o wielkości serca polskich sportowców i t. d., autorka omawia szeroko różne nowoczesne zagadnienia z zakresu fizjologji i patologji w związku z pracą fizyczną u ludzi zdrowych i chorych, posiłkuje się szeroko odnośnem piśmiennictwem z należnym krytycyzmem. Podana jest także szczegółowa metodyka badań, stosowanych w Poradni co udostępnia każdemu lekarzowi zapoznanie się z nią ze strony tak praktycznej, jak i teoretycznej.

Monografja jest podzielona na 7 rozdziałów:

I. wpływ ćwiczeń cielesnych na podstawową przemianę materji u sportowców wraz z uwagami o działaniu tych ćwiczeń na ustrój ludzki;

II. o działaniu ćwiczeń cielesnych na układ nerwu błędnego wraz z uwagami o ich wpływie na procesy chemiczne ustroju;

III. Praca fizyczna a krążenie krwi. A) Działanie ćwiczeń cielesnych na ciśnienie krwi i pracę tętna z uwzględnieniem wpływu doświadczeń Valsalvy na krążenie krwi. B) O podciśnieniu sportowców. C) Serce, a praca fizyczna. D) Praca tętna u chorych z cierpieniami narządu krążenia.

IV. Podstawowa przemiana materji u chorych z cierpieniami narządu krążenia.

V. O oddychaniu i działaniu ćwiczeń cielesnych na oddychanie.

VI. Znaczenie lecznicze ćwiczeń cielesnych.

VII. Metody badania.

Już z samego przeliczenia rozdziałów widać jak szeroko autorka objęła traktowaną sprawę, szczególnie w zakresie krążenia, z którem przecież najwięcej liczyć się trzeba przy wszelkiego rodzaju pracy fizycznej.

Piękna ta monografja, zaopatrzona także bardzo obficie w źródła piśmiennicze, warta jest przestudjowania nietylko przez lekarzy szkolnych i wojskowych, ale przez wszystkich, którym powierzone jest wychowanie fizyczne młodzieży. A i praktyczny lekarz, interesujący się w szczególności zagadnieniami krążenia, znajdzie w niej dużo ciekawego materjału.

Książka ta podnosi w wysokim stopniu znaczenie klinicznego badania każdego osobnika czy to młodego, czy starszego, który ma przystąpić do praktyki ćwiczeń fizycznych lub sportu. Właściwie badanie takie powinno być obowiązkowem, a więc i utworzenie osobnej specjalności lekarzy sportowych byłoby bardzo pożądanem.

Mamy nadzieję, że praca dr. Eleonory Reicher przyczyni się do rozszerzenia zainteresowania się tym nowym działem nauki lekarskiej, mającym tak doniosłe znaczenie dla zdrowia młodzieży, dla rozwoju fizycznego narodu. Książka jest zalecona dla lekarzy i bibljotek szkolnych przez Ministerstwo W. R. i O. P., na co w zupełności zasługuje.

Prof. Dr. Konrad Wagner (Warszawa).

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Kwartalnik Kliniczny Szpitala Starozakonnych w Warszawie, tom X. rok 1931, zeszyt III i IV.: M. Abramowicz: O wrodzonych przetokach bocznych szyi. — M. Płońskier: O torbielowatości gazowej jelit.

Wiadomości Farmaceutyczne, rok LIX, nr. 22, z 29. V. 1932: St. Krauze: Miareczkowe oznaczanie cukrów (dok.). — Sprawy zawodowe.

Wiadomości Weterynaryjne, rok XIV, nr. 142, z roku 1932: B. Kalikin: Szczepionki z kwasem salicylowym przeciw chorobom wywoływanym przez grupę bakteryj posocznicy krwotocznej. — B. Gutowski: Preparat sercowo-płucny żaby. — M. Marczewski: Służba weterynaryjna w państwach obcych.

Przegląd Dentystyczny, rok XII, nr. 4, z roku 1932: J. Galasińska: Zagadnienia nowoczesnej protetyki.

Lekarz Wojskowy, tom 19, nr. 11, z 1 czerwca 1932: B. Waligóra: Służba zdrowia 1-szej armji w obronie przedmieścia Warszawy w sierpniu 1920 roku. — T. Bętkowski: Leczenie ropni i zapaleń 3% rozczynem dwuwęglanu sodu. — R. Pisarczyk: Odczyn Bordet-Wassermanna a odczyn cytocholowy. — Montrym-Żakowicz M.: Statystyka strat od chemicznej broni w czasie wojny światowej (dok.). — H. Mazanek: O znieczuleniu lędźwiowem. — Fr. Białokur: Lekarze i medycy uczestnicy powstania styczniowego 1863—1864 roku i ich życiorysy. (c. d.).

Przegląd Zdrojowo-Kąpielowy, rok XXI, nr. 3, z 1 czerwca 1932: I. Dembicki: Wskazówki i przestrogi dla leczących się w zdrojowiskach. — L. Korczyński: Uzdrowiska karpackie między Odrą a Dniestrem.

Młoda Matka, nr. 11, z roku 1932: St. Średnicki: Kilka uwag o rozreklamowanych letniskach. — J. Wiszniewski: Nie odstawiać na lato dzieci karmione piersią. — T. Lewenfiszowa: Z techniki karmienia. — J. Śmiarowska: Z higjeny macierzyństwa.

Warszawskie Czasopismo Lekarskie, rok IX, nr. 22, z 2 czerwca 1932: M. Gantz: Z semiotyki gruźlicy płuc wieku dziecięcego. — J. Kokotek: O stosunku ilościowym kwasu acetooctowego do acetonu w moczu patologicznym. — Z. Milińska-Szwojnicka: Odczyn citocholowy w płynach mózgowo-rdzeniowych. — H. Higier: Nowsze poglądy na patologię i symptomatologję próchnicy kręgów (streszcz. pogl.). — A. Landau i J. Weisman: O przemianie kwasu mlekowego w ustroju zdrowym oraz w stanach chorobowych. (streszcz. pogl.). — M. Kacprzak: Groźba wyludnienia a ograniczanie potomstwa.

Wiadomości Farmaceutyczne, rok LIX, nr. 23, z 5 czerwca 1932: W. Bugayski: Nowy aparat do oznaczania ilości tłuszczu w środkach spożywczych. — J. Muszyński: Z wędrówek farmakognostycznych po Europie (c. d.). — Sprawy zawodowe.

Dziennik urzędowy Izb Lekarskich, rok III, nr. 6, z 1 czerwca 1932: Z Naczelnej Izby Lekarskiej. — Z Izb Lekarskich Terytorjalnych.

Medycyna Praktyczna, rok VI, nr. 5, z roku 1932: T. Bętkowski: Rozpoznawanie schorzeń wyrostka robaczkowego. — L. Podkomorski: Bardzo prosty i skuteczny sposób leczenia wyłysienia łupieżowego. — L. Korczyński: Klimat górski (c. d.). — K. Bross: Zakrzepy i zatory w świetle nowych poglądów (c. d.).

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo czeskie.

Praktický Lékař.

1932. — Z. 1.

D. Saidl: *Biologiczna diagnostyka wczesnej ciąży i jej wartość praktyczna.* Autor dowodzi że metoda Aschheim-Zondeka jest obecnie najlepszą i najpewniejszą próbą. Wynik próby jest bardziej pewny, jeśli używa się moczu odtrutego eterem. Przyśpieszoną reakcję osiągnąć można bądź metodą Zondeka na myszkach (wynik za 51—57 godzin), bądź Friedmanna na królikach. Przy metodzie ostatniej radzi autor przeprowadzić doświadczenie na 2 królikach; po 24 godzinach badać jednego z nich, drugiego zaś w przypadku ujemnego wyniku po 48 godz. W przypadkach ciąży pozamacicznej jest reakcja Aschheim-Zondeka w dość znacznym odsetku ujemną, dlatego nie można używać jej jako metody rozpoznawczej. Wynik ujemny nie wyklucza możliwości ciąży pozamacicznej i nie jest też dowodem obumarcia jaja płodowego.

Odczyn ten posiada wielkie znaczenie w przypadkach zaśniadu groniastego *(mola hydatidosa)* i nabłoniaka kosmkowego *(chorionepithelioma).* W obu przypadkach dochodzi do znaczniejszego wydzielenia hormonu przysadki, zwłaszcza przy nabłoniaku. Stwierdzenie wzrastającej ilości hormonu przysadki przy serjowem badaniu moczu podejrzanego przemawia za obecnością tego złośliwego nowotworu. Natomiast ujemny wynik odczynu A.-Z. po operacji nabłoniaka kosmówkowego (kilkakrotne przeprowadzenie odczynu A.-Z.) jest pewną miarą zupełnego wyzdrowienia.

1932. — Z. 2.

Jonáš: *Leczenie choroby Basedowa jodem.* Autor przekonał się na klinice prof. Hynka w Pradze, że jod dostarcza szybką i pewną pomoc przeciwko kryzie hipertyreoidyzmu. Jeśli pominiemy względnie niekorzystne wyniki, zawinione powikłaniami, można mówić zawsze o bezpośredniem polepszeniu się choroby. Jeśli idzie o dalsze postępowanie lecznicze, to są dwie możliwości: chorego odesłać do chirurga w chwili optymalnego polepszenia (po wielkich dawkach jodu zwykle z końcem drugiego tygodnia lub w trzecim tygodniu) lub przedłużyć okres leczenia jodem i zmieniać dawki zależnie od potrzeby chorego. Na Klinice trzymano się drugiej możliwości. Tem postępowaniem udało się rzeczywiście u niektórych chorych osiągnąć poprawę, która utrzymywała się i wówczas, gdy zaprzestano podawać jod. U niektórych chorych, u których *„poussées"* hipertyreozy powtarzają się okresowo, nie pozostaje nic innego, jak powtarzać leczenie. W innych przypadkach koniecznem jest chorego skierować do chirurga lub stosować trwałe leczenie jodem, by utrzymać go w równowadze. Tą drogą uda się rzeczywiście u niektórych chorych przez stałe podawanie Lugola obniżyć wzmożone wydzielanie gruczołu tarczykowego do miary prawidłowej lub przynajmniej do takiego stopnia, że się chory czuje zdrów i może wykonywać swój zawód bez większych dolegliwości.

Chirurgowi oddać należy według autora: 1) chorych, u których nie można ze względów społecznych czekać na wynik długotrwałego leczenia; najlepiej jest posłać chorego do zabiegu operacyjnego na wysokości optymalnego polepszenia (koniec 2-go tygodnia), 2) chorych, u których leczeniem jodowem, trwającem kilka miesięcy, nie osiągnięto takiego polepszenia, by chory zdolny był do wykonywania zawodu, a wkońcu 3) chorych, u których osiągnięto jodem polepszenie, lecz wole ich nabyło takich rozmiarów, że bądź dolega choremu, bądź jest przeszkodą kosmetyczną a niema nadziei, by uległ zmniejszeniu po leczeniu promieniami rentgenowskiemi *(struma fibrosa).*

Dr. Ungar (Lwów).

Časopis Lekařů Českých.

1932. — Z. 1.

Karasek: *O istocie snu.* Dotychczasowe wyniki doświadczalne wykazują jasno, że w części mózgu, ułożonej pod *thalamus* istnieją ograniczone miejsca, które drażnione sztucznie wywołują sen, nie różniący się niczem od fizjologicznego snu. Nie wyjaśniają one jednak zagadnienia, jakiego rodzaju podniety działają fizjologicznie na te miejsca. Przypuszczalnie są one charakteru chemicznego.

1932. — Nr. 2.

A. Fingerland: *Obserwacja dwunastu przypadków wąglika. Leczenie surowicą przeciw-wąglikową.* Seroterapję wąglika u człowieka stosowali Sclavo we Włoszech i Mendex w południowej Ameryce. Według Sclava wynosiła we Włoszech śmiertelność z wąglika w okresie przed leczeniem surowicą 24%, po wprowadzeniu seroterapji spadła na 6%. W Niemczech według sprawozdania Zakładu higjeny było w r. 1927. 211 zgłoszonych przypadków wąglika z 22 przypadkami śmierci, w r. 1928. 251 z 21 śmiertelnemi przypadkami. Autor nie zna szczegółów co do używanych w Niemczech surowic. Na podstawie pewnych danych przypuszcza, że używa się tam w leczeniu wąglika środków leczniczych chemicznych. Sprawozdania angielskie i francuskie potwierdzają doświadczenia Klinik włoskich. Sclavo podaje 30—40 cm³ surowicy podskórnie w kilku miejscach; w przypadkach ciężkich radzi podawać 10 cm³ dożylnie. Bandi podawał 150 cm³ odrazu dożylnie z dobrym wynikiem. Mendez opisuje nagły spadek ciepłoty w 24 godzin po zastrzyku i uważa ten objaw za pewien rodzaj przełomu.

Przy ocenie działania surowicy przeciwwąglikowej należy wiedzieć, że we większości przypadków chodzi tu o wąglika skóry, a wiadomem jest, że ta postać wąglika leczy się dość często samoistnie lub ustępuje szybko pod wpływem środków chemicznych, podczas gdy wąglik narządów wewnętrznych lub posocznica wąglikowa zasadniczo wykazują przebieg śmiertelny. Z tego powodu niektórzy autorzy sceptycznie odnoszą się do surowicy wąglikowej. Ostatnio jednak ukazały się prace, w których udało się wyleczyć przy pomocy surowicy i przypadki posocznicy wąglikowej, w których hodowle były dodatnie (Baduel, Bandi, Becker). Te spostrzeżenia posiadają niezmiernie doniosłą wartość, ponieważ na podstawie doświadczenia Beckera posocznica wąglikowa, nieleczona surowicą, posiada rokowanie beznadziejne.

Surowicę przeciwwąglikową otrzymuje się ze zwierząt czynnie uodpornionych drobnoustrojami wąglika (Sobernheim). W okresie najnowszym wyrabia zakład weterynarji w Iwanowicach na Hané surowicę jeszcze z tą modyfikacją, że zwierzętom produkującym surowicę wstrzykuje się płyn obrzękowy, który wycieka z ogniska chorobowego chorego zwierzęcia, a który zawiera ciała niszczące obronną czynność leukocytów (agressyny). Zwierzę wytwarza przeciw tym ciałom trującym — przeciwciała: antyagressyny (Bail). Surowica ivanovicka jest zatem przeciwbakteryjna i przeciwagressynowa. (Hruška). Nie jest wiadomem, dzięki jakiemu mechanizmowi surowica działa w organiźmie. *In vitro* jest surowica przeciw-wąglikowa zupełnie bez wpływu.

Dr. Ungar (Lwów).

Piśmiennictwo niemieckie.

Medizinische Klinik.

1931. — Nr. 36.

H. Schlecht: *Eozynofilja i alergja.* Istnieje ścisły związek eozynofilji z stanami alergicznemi tak eksperymentalnemi jak i patologicznemi. Co do swoistości kom. eozynofilnych, jak samych ziarn eozynochłonnych, poglądy nie są ustalone. Pochodzenie ziarn eozynochłonnych, wydaje się być endogeniczne. W przypadkach stanów alergicznych w płynach wysiękowych oraz w otoczeniu ognisk zapalnych daje się stwierdzić obfite nacieczenie kom. eozynochłonnych. Wynik dodatni reakcji oksydazowej uważa Möllendorf jako następstwo nagromadzenia się fermentów oksydacyjnych, pochodzących bądź z samych ziarnistości lub cytoplazmy. Powstanie miejscowe eozynofilów wymaga dalszej kontroli eksperymentalnej.

A. Hittmair: *Próby czynnościowe serca kwalifikujące do wyczynów sportowych.* Jako odpowiednią próbę czynnościową serca, poleca autor próbę 10 i 20 przysiadów z następowem liczeniem tętna, mianowicie obserwacją szybkości powrotu do normy liczby uderzeń. Za indeks liczbowy Kaupa uważa liczbę uzyskaną z podzielenia 100-krotnego ciężaru ciała przez kwadrat wysokości. U prawidłowo zbudowanego sportowca liczba ta wynosi 2,3 do 2,4

E. Kolta i A. Scholtz: *Badanie promieniami rentgenowskiemi żołądka przy pomocy środków kontrastowych, połączonych z białkiem i tłuszczem.* Przy pomocy środków kontrastowych zawierających mięso i tłuszcz uzyskuje się niekiedy pewniejsze diagnozy, niż przy użyciu zwyczajnych środków kontrastowych, a to dlatego, że spożyty tłuszcz i mięso powoduje wydzielanie i pracę żołądka, dając przez to obraz zbliżony do warunków codziennego trawienia. Sposobem tym uwydatnia się okres wydzielniczy, występuje silniej *tonus* i perystaltyka, stąd łatwiejsze stwierdzenie *pylorospasmus,* czy kurczów okrężnych czy segmentowanych żołądka, a prawie zawsze występuje wypełnienie opuszki *(bulbus).*

R. Cullmann: *Reakcja Kosty.* Reakcja Kosty polega na wytworzeniu się zmętnienia nowokainy (pierwotnie ekstraktu placentarnego) z surowicą ciężarnych, później jednak stwierdzono i w czynnych sprawach infekcyjnych dodatni wynik tej reakcji. Jej wynik dodatni dowodzi czynności procesu, o ile inne objawy jak gorączka i t. p. wskazują na ów proces. Jest więc w wynikach podobną do reakcji opadania krwinek z tem, że jest znacznie czulszą.

1931. — Nr. 37.

W. Berblinger: *Przyrost raka płuc a pylica płuc.* Statystyki ostatnich lat wykazują niewątpliwy przyrost raka płuc. Pylica krzemowa płuc może w następstwie dawać raka płuca, nie jest to jednak regułą. Do rzadkości należy rozwój raka w pylicy węglowej lub na zmianach gruźliczych. Raki spotykane w Schneebergu, uważa jako następstwo radjoaktywnego działania gleby tejże okolicy. Mało prawdopodobnem wydaje się łączenie raka płuc z schorzeniami grypowemi.

F. Klein: *Leczenie hydro-dietetyczne zaburzeń krążenia w wadach zastawkowych serca.* W przypadkach niedomogi m. sercowego przy wadach zastawkowych można bez środków nasercowych doprowadzić do ustąpienia objawów niedomogi, a mianowicie stosując dietę jarzynowo-owocowo-mleczną z ograniczeniem soli przy równoczesnem stosowaniu zabiegów hydroterapeutycznych. Sposób ten ma wybitne zastosowanie w często powtarzających się niedomogach.

O. Ludwig: *Przemiana azotowa w ziemi powodowana bakterjami.*

A. Vogl: *Przypadek aneurysma lueticum a. pulmonalis.*

H. Sachs: *Wyniki badań dzieci szkolnych ze schorzeniami sercowemi.* Autor przedstawia statystykę schorzeń sercowych spotykanych w wieku szkolnym i ich najczęstsze przyczyny.

Godłowski (Kraków).

Klinische Wochenschrift.

Nr. 4. 1932.

W. Büngeler u. J. Krautwig: *Czy hepato-lienografja zapomocą „thorotrastu" jest metodą diagnostyczną nieszkodliwą?* Odmiennie od dotychczasowych korzystnych spostrzeżeń poczynionych przy posługiwaniu się tą metodyką, przytaczają autorowie przypadek dotyczący 57 l. kobiety, u której w bezpośrednim związku z injekcją toru powstał zakrzep żył i zatok śledziony, w następstwie zaś przyszło do śmierci wskutek skrwawienia się do jamy brzusznej.

Injekcji toru dokonano w tym przypadku dla celów wyłącznie rozpoznawczych, dla wyjaśnienia tła przyczynowego stwierdzanego guza śledziony. Autorowie wyrażają zapatrywanie, że podanie toru, w przypadkach istniejącego już uszkodzenia śródbłonka, co przeważnie nie da się zgóry stwierdzić, może być w najwyższym stopniu niebezpieczne.

E. Randerath: *Wyniki badania anatomicznego po dożylnej injekcji toru („Thorotrast", Heyden 1073 a) dla celów hepato-lienografji.* Autor sekcjonował zwłoki dwu osobników w podeszłym wieku, zmarłych z powodu raka żołądka z przerzutami, u których dla celów kliniczno-diagnostycznych wstrzykiwano *„thorotrast".* Okazało się, że nawet przy nadmiernie dużej dawce (180 cm³ zamiast 70 cm³, jak normalna dawka) preparat ten odkłada się wyłącznie w śledzionie, wątrobie, szpiku kostnym, a w małej ilości, jak w jednym z badanych przypadków, w nadnerczach. Przerzuty rakowe zawarte w tych organach nie zawierały toru zupełnie. Okoliczność, że w obrębie systemu siateczkowo-śródbłonkowego stwierdza się duże ilości toru jeszcze w 8 tygodni po zastrzyku skłania do rozważania sprawy szkodliwości toru dla ustroju. Na podstawie badań morfologicznych w obu tych przypadkach niema pewnej podstawy do przyjęcia, by tor wywoływał uszkodzenia narządów. Sprawa wymaga dalszych badań, szczególnie zaś w eksperymencie na zwierzętach.

M. ten Doornkaat Koolman: *Szkodliwe działanie przekroczenia w diagnostyce dopuszczalnych dawek promieni Roentgena.* W pierwszej grupie eksperymentów stwierdził autor, że przy prześwietleniach trwających 12 minut względnie przy wykonaniu 14 zdjęć, nie powstawały u zwierząt żadne uszkodzenia. W drugiej grupie stwierdził natomiast, że po prześwietleniach trwających 20 minut (313 R) występowały u królików ciężkie uszkodzenia skóry oraz śluzówki żołądka. Dawka 165 R, zastosowana w ciągu 15 minut, spowodowała powstanie na skórze owrzodzenia, śluzówka żołądka nie doznała zmiany.

A. Ciminata: *Wpływ przecięcia nerwów nadnerczy na cukrzycę.* Na podstawie eksperymentów przeprowadzonych na psach przychodzi autor do przekonania, że ten zabieg chirurgiczny możnaby wykonywać i u diabetyków, dalej, że zabieg ten ma niewątpliwy wpływ na przemianę węglowodanową w kierunku obniżenia poziomu cukru we krwi i w moczu oraz, że wyniki tej operacji u człowieka mogłyby być jeszcze bardziej wybitne, gdyby nadnercza pozbawiano unerwienia obustronnie.

G. Hetényi: *Wpływ hormonów na cukromocz nerkowy.* Autor stwierdził, że tyreoidyna obniża, zaś *parathormone,* adrenalina i pituitryna zwiększają próg przepuszczalności nerek dla cukru. Autor badał działanie tych hormonów w cukromoczu nerkowym. W czterech takich przypadkach stwierdził, że *parathormone,* szczególnie przy równoczesnem podaniu soli wapniowych, powoduje ustąpienie cukromoczu. We wszystkich przypadkach podniósł się poziom cukru we krwi podczas stosowania tego leczenia. W jednym z przypadków ujawniło się korzystne działanie pituitryny. Na cukromocz nerkowy, sprawę nie wymagającą n. b. żadnego leczenia, patrzy autor jako na zaburzenie regulacyjne, przyczem nie jest jasną sprawa, któremu z członów systemu regulacyjnego (hormony, elektrolity i układ nerwowy) można w tym względzie przypisać znaczenie przyczynowe.

E. Risak u. H. Asperger: *Nowe badania nad występowaniem w moczu ludzkim odczynów na melaninę po naświetlaniu słonecznem.*

C. Nordwig: *Nowy sposób wypełniania powietrzem opuszki dwunastnicy.* Autor przy wypełnianiu powietrzem opuszki posługuje się w sposób, który dokładnie opisuje, bańką gazową w żołądku. Uważa ten sposób za przyjemniejszy dla chorego, aniżeli sposoby nadymania zapomocą zgłębnika czy balonu gumowego i nie sądzi, aby przedstawiał niebezpieczeństwo dla chorego.

Nr. 5. 1932.

Seifert: *Próby rozszczepiania BCG.* Na podstawie swoich badań autor przychodzi do wniosku, że w pewnych warunkach udało mu się uzyskać na specjalnych pożywkach dysocjację hodowli BCG na postacie zjadliwe i niezjadliwe. Uważa jednak to zjawisko za wyjątkowe i rzadkie.

O. Porges: *O śpiączce hipochloremicznej.* U chorego 63-letniego ze zwężeniem odźwiernika na tle wrzodu dwunastnicy przyszło w następstwie codziennie stosowanego przepłukiwania żołądka do hipochloremji i do śpiączki zakończonej śmiercią. W innym przypadku marskości wątroby, w którym chory wskutek punkcyj płynu przesiękowego, stosowania środków moczopędnych i podawania diety z ograniczeniem soli, stracił dużo NaCl, wystąpiły również objawy chloremiczne przy równoczesnej hipochloremji; objawy te ustąpiły po podaniu NaCl.

H. Steinitz: *Działanie wyciągów wątrobowych u chorych na cukrzycę.* Z 36 badań przeprowadzonych u chorych na cukrzycę okazało się, wbrew zapatrywaniom Blotnera i Murphy, że wyciąg wątrobowy ani sam ani w połączeniu z insuliną podaną doustnie, nie obniża poziomu cukru we krwi. Leczenie wyciągiem wątrobowym trzech lekkich zresztą przypadków cukrzycy nie dało wyniku.

K. Neubürger: *Zarośnięcie kiszki grubej w następstwie colitis ulcerosa.* Z racji badanego sekcyjnie przypadku 50-letniej umysłowo chorej, u której w następstwie *colitis ulcerosa* przyszło do zarośnięcia dłuższego odcinka jelita grubego, dochodzi autor do następujących wniosków: *colitis ulcerosa* może przebiegać całemi latami i to napozór łagodnie, z okresowemi zaostrzeniami; rozpoznanie tej sprawy, zwłaszcza u umysłowo chorych, bywa w podobnych przypadkach utrudnione. Mimo takiego napozór łagodnego przebiegu może przyjść do znacznych zbliznowaceń i zwężeń dużych odcinków jelit oraz do powstania niedrożności jelit. Leczenie musi polegać na założeniu na stałe *anus praeternat.* Dla celów wczesnego rozpoznania podejrzanych przypadków jest konieczne, obok innych sposobów diagnostycznych, także i badanie rentgenologiczne.

Gdy obliteracja jest już stwierdzona klinicznie i rentgenologicznie, to zwyczajnie dolegliwości miejscowe ustępują i niema powodu do chirurgicznego usuwania zarosłych odcinków jelit.

Th. Naegeli u. C. v. Scanzoni oraz H. Baumann u. K. Schilling w oddzielnych artykułach odpowiadają na pracę Königa i Webera p. t. *Obraz rentgenologiczny śledziony jako metoda określania jej czynności* (v. ref. z Nr. 46/31).

Nr. 6. 1932.

P. György: *Acetaldehyd — jako środek działający na krążenie.* Autor spostrzegał korzystne działanie acetaldehydu, szczególnie na krążenie i stan ogólny, u oseska z ciężkiem zatruciem pokarmowem. Badania, jakie na skutek tego spostrzeżenia podjął zgórą w 200 przypadkach istniejącego lub grożącego osłabienia krążenia, szczególnie w zapaleniach płuc osesków, wskazują również na bardzo skuteczny wpływ acetaldehydu na krążenie. Najlepsze wyniki miewał w zapaleniach płuc odoskrzelowych u oseskó w z zaburzeniami odżywiania oraz w posocznicy. Stosowanie doustne, 5—6 razy dziennie po 6—10—15 kropli. Punkt zadziałania acetaldehydu jako środka wpływającego na krążenie nie jest znany.

M. Hochrein u. Ch. J. Keller: *Zachowanie się krążenia małego w różnych zjawiskach chorobnych.* Stopień ukrwienia płuc nie jest wyłącznie funkcją każdoczesnej sprawności serca, ale zależy także od czynników mechanicznych, chemicznych i nerwowych.

Badania, jakie autorzy przeprowadzili na psach, u których różne zaburzenia w małem krążeniu można wywołać przez duże dawki pernoktonu wskazują, że zabiegi fizjologiczne i farmakologiczne, oddziaływują, zależnie od stopnia ukrwienia płuc, w sposób zupełnie różny. W ocenie małego krążenia ze stanowiska klinicznego trzeba stale brać pod uwagę możliwość, że pierwotną przyczyną objawów ze strony dużego krążenia i oddychania są pewne procesy dokonujące się w krążeniu małem.

W. A. Collier: *Wpływ związku ołowiowego „R 232" na przeszczepialnego raka królików. Kalium plumbo-dithiopyridincarbonicum* (R 232) preparat zrobiony przez Rothmanna w instytucie chemicznym uniw. w Berlinie okazał się skutecznym środkiem w doświadczalnym raku u królików; przez wczesne zastosowanie małych dawek można było zapobiec powstaniu przerzutów. Autor zwraca uwagę, że także i u człowieka leczenie związkami ołowiu, po naświetlaniu lub zabiegu operacyjnym, mogłoby zapobiec nawrotom i przerzutom.

F. Salus: *O powstawaniu Myelitis funicularis.* Autor przytacza trzy przypadki, w których w związku z gastroenterostomją z powodu wrzodu, przyszło do rozwoju *Achylia gastrica* i *Myelitis funicularis.* Przy tego rodzaju schorzeniach neurologicznych zaleca badanie internistyczne dla poznania chemizmu żołądka, szczególnie w kierunku bezsoczności, jako też i flory dwunastniczej, radzi także badać krew na obecność przeciwciał bakterjobójczych skierowanych przeciw *Bact. coli haemoliticum.*

Karasiński (Kraków).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie.

Sprawozdanie z uroczystego Posiedzenia naukowego (IX) odbytego dnia 18 marca dla uczczenia 50-letniej rocznicy odkrycia prątka gruźlicy.

Przewodniczy: Kol. S. Ruff.

1. Zagajenie prezesa Kol. Ruffa.

2. Kol. Groer omówił *doniosłość odkrycia prątka gruźlicy.* Każdy społecznie myślący — nietylko lekarz — zdaje sobie sprawę z doniosłości gruźlicy. Odkrycie zarazka gruźlicy przez Roberta Kocha było odkryciem wiekopomnem, chociaż cechuje je skromność, brak reklamy i rozgłosu. Miało ono decydujący wpływ na dalsze badania nad gruźlicą i drugie wiekopomne odkrycie Pirqueta (alergja). Miało wpływ na terapję gruźlicy, i chociaż brak specyfiku przeciwgruźliczego, to jednak leczenie zapobiegawcze może się poszczycić efektami.

3. Kol. Legeżyński St. wygłosił wykład p. t.: *Pięćdziesięciolecie prątka Kocha.* (przeznaczone do druku).

4. Kol. Hornung wygłosił wykład, opracowany wspólnie z Kol. Czeżowską i Grabowskim: *Obowiązkowe badania wstępujących na uniwersytet i ich znaczenie dla zwalczania gruźlicy wśród młodzieży akademickiej.* (Wydrukowane w Nr. 12. P. G. L.).

W dyskusji: Kol. Sabatowski podkreśla doniosłość akcji, zapoczątkowanej w Polsce przez uniwersytet lwowski. Państwo, łożąc około 10.000 zł. na jednego studenta, ma prawo do wpro-

wadzenia tego rodzaju badań. S. jest zdania, że badania lek. rozszerzyć należy w porozumieniu z kuratorjum na seminarja nauczycielskie: badania powinny być dwurazowe: na początku i na końcu studjów. Wreszcie podkreśla, że o ile w ubezpieczeniach społ. chodzi ubezpieczonym o jak największą ilość objawów, tak znowu przy badaniu wstępujących na uniwersytet spotkać się można z ukrywaniem objawów: do stosowania antypyretików odnosi podniesiony przez prelegenta niestosunek między niską temperaturą a daleko posuniętemi zmianami gruźliczemi.

Kol. Pisek: Słów kilka o poglądach na gruźlicę przed pięćdziesięciu laty na podstawie osobistych wspomnień. Zaraźliwość gruźlicy przed Kochem była wtedy ogólnie uznawana, a częściowo stwierdzona doświadczalnie od czasu słynnych doświadczeń Villemina. Jako asystent prof. Browicza w Krakowie brał mowca udział w doświadczeniach z przeszczepianiem mas gruźliczych do przedniej komórki oka króliczego. Badania te prowadził Browicz jako jeden z pierwszych w Polsce. Jeszcze w r. 1882 w marcu, mowca, przedstawiając w Lwow. Tow. Lek. niesłychanie rzadki przypadek gruźliczego wrzodu żołądka[1]), opierał rozpoznanie gruźliczej przyrody wrzodu jedynie na cechach makro- i mikroskopowych wrzodu i gruzełków gruźliczych, rozsianych na bł. surowiczej bezpośredniego sąsiedztwa wrzodu i zrostów. O badaniu na prątki oczywiście mowy nie mogło być, gdyż odkrycie swe ogłosił Koch w kilkanaście dni później. Do tego czasu gruzełek prosówkowy stanowił właściwie podstawę rozpoznania anatomicznego. Dopiero w roku następnym mówca — może pierwszy we Lwowie — barwił prątki gruźlicze w plwocinie pierwotną metodą Kocha, i to w celu rozpoznawczym wątpliwego przypadku gruźlicy płucnej. Wkrótce badanie na prątki stało się własnością ogółu lekarskiego. Dalszy fenomenalny rozwój nauki Kocha wszyscy znamy. A przecież mimo rozbudowy olbrzymiej nauki o gruźlicy, mimo wspaniale rozkwitłej walki z gruźlicą, mimo odkrycia tuberkuliny Kocha wśród niebywałego entuzjazmu całego świata — entuzjazmu niestety wkrótce wygasłego — mimo wszystko czekamy dotychczas na swoisty lek.

Walka z gruźlicą na jednym odcinku — u młodzieży uniwersyteckiej — prowadzona przez Klinikę Renckiego we Lwowie a zorganizowana w „Opiece Zdrowotnej" prof. Halbana, zasługuje nietylko na najwyższe uznanie jako czyn społeczny ale i jako wzór naukowo, celowo prowadzonego eksperymentu. Jednak, by usunąć smutny dla dotkniętych jednostek drakoński wyrok „nieprzyjęty" — na to obecnie nie widzi mówca drogi. I to jest jedyna ciemna strona całej akcji. Gdyby istniała możność uchwycenia w większości przypadków, w szerokich warstwach społeczeństwa pierwszych zaczątków gruźlicy, w latach przeduniwersyteckich, to może ostrze wyroku nie byłoby takim ciosem. Przekonanie, że należy jednostkę poświęcić dla ogółu, narazie nie wystarczy. Jeżeli sobie uprzytomnimy liczby, które nam podał tak zasłużony higjenista Kopczyński, że na 4,100.000 młodzieży w szkołach wszelkiego typu[2]) 2% dotknięte jest gruźlicą czynną, zaraźliwą, wymagającą leczenia w szpitalach i sanatorjach, że 8% winno się uczyć w szkołach — uzdrowiskach na otwartem powietrzu, że 40% z powiększonemi gruczołami winno być dożywianych — to widzimy, jakich iście tytanicznych potrzeba wysiłków, aby walkę prowadzić skutecznie (Streszczenie własne).

Kol. Węgrzynowski podaje, że w czasie od r. 1908—1914 za jego inicjatywą jako prezesa Bratniej Pomocy Kol. Czernecki badał przy przyjmowaniu do jedynego wówczas domu akademickiego i chorych z gruźlicą nie przyjmowano. Zaznacza zmianę swego stanowiska: dawniej uważał badania przed przyjęciem na uniwersytet za nieludzkie, mając na myśli: Grottgera, Chopina, Laënneca, dziś stoi jednak na stanowisku przedstawionem przez prelegenta, mianowicie: poświęcić jednostkę dla społeczeństwa. Wkońcu podkreśla dylemat, przed którym stoją poradnie przeciwgruźlicze: gdyby wykrywały chorych gruźliczych, niktby się do poradni nie zgłaszał, ujawnienie gruźlicy jest często równoznaczne ze zniszczeniem jednostki.

Kol. Halban wyjaśnia, że o ile chodzi o badania wstępujących na uniwersytet, nie można mówić o nieludzkości, gdyż w jednym roku odmawia się setkom młodzieży wstępu na uniwersytet z powodu braku miejsca a tylko 1.1% z powodu gruźlicy. Przypadki zakażenia przez jednego akademika, chorego na gruźlicę, najbliższych kolegów aż nadto jaskrawo świadczą o konieczności badań wstępujących na uniwersytet. Urzędników, pracujących w zupełnie innych warunkach, nie dopuszcza się do urzędów z powodu daleko mniejszych zmian gruźliczych, niż to się dzieje przy przyjmowaniu na uniwersytet. Jeśli chodzi o nauczycielstwo, dobro dzieci powinno się mieć przedewszystkiem na względzie. Zresztą procent odrzuconych jest znikomo mały w porównaniu z procentem zarejestrowanych do leczenia. U wielu ludzi zdolnych, zmarłych wcześnie z powodu gruźlicy, przyłapanie gruźlicy w początkowych stadjach mogłoby ich uratować i za pewien czas umożliwić ukończenie studjów i pracę dla społeczeństwa.

Kol. St. Legeżyński: jeszcze jedną rocznicę, związaną z gruźlicą należałoby przypomnieć, a to 150-lecie edyktu neapolitańskiego (1782), wprowadzającego tak drakońskie sposoby walki z gruźlicą, iż utrzymać się one nie mogły. Gdy obecnie dla celów ogólno-społecznych nie dopuszczamy do studjów na wyższych uczelniach studentów z powodu ich choroby, to równie silnym nakazem społecznym powinno być szczególne zajęcie się tym właśnie chorym studentem i umożliwienie mu leczenia. Czy nie mogłyby wziąć tego na siebie opieki zdrowotne, mimo braku formalnego wpisania się kandydata na wyższą uczelnię?

Kol. Hornung w odpowiedzi: prawo do leczenia na koszt uniwersytetu mają tylko przyjęci na uniwersytet i należący do Opieki Zdrowotnej. Przychodnia przeciwgruźlicza przy II. Klin. chor. wewn. utrzymuje kontakt z rejonowemi przychodniami przeciwgruźl., zawiadamiając je o stwierdzonych wypadkach gruźlicy u nieprzyjętych.

Kol. Węgrzynowski podnosi, że obecnie już Kasa Chorych zrzuca ciężary leczenia na samorząd, gminy i t. p.

Sprawozdanie z X posiedzenia naukowego odbytego w dniu 1 kwietnia 1932.

Przewodniczy: Kol. S. Ruff.

1. Odczytanie i przyjęcie protokołu dwóch ostatnich posiedzeń.

2. Kol. Prezes S. Ruff uczcił pamięć zmarłego członka Tow. Dra Lesława Gluzińskiego wspomnieniem pośmiertnem. (Streszczenie własne).

Szanowni Koledzy! Towarzystwo nasze poniosło znowu ciężką stratę. Dnia 27 marca zmarł Dr. Lesław Gluziński, jeden z najbardziej znanych i cenionych lekarzy i jeden z najdawniejszych naszych członków. Nazwisko Lesława Gluzińskiego było znane szeroko i daleko w całej Polsce, a pacjenci zjeżdżali się do niego z najdalszych zakątków kraju. Ktokolwiek miał szczęście choć raz się z nim zetknąć, pozostawał już na zawsze pod urokiem tej pięknej postaci, tego lotnego umysłu i osobistego czaru. Ś. p. Lesław Gluziński był bowiem niepospolitym typem lekarza. Łączył on w sobie nadzwyczaj gruntowną drobiazgową ścisłość badania z intuicją rzec można artystyczną tak, że bez przesady można powiedzieć, iż każde jego rozpoznanie było nietylko logicznem wysnuciem wniosku ale było poniekąd dziełem twórczego artyzmu. Był on lekarzem praktykiem najwyższego typu, o wielkiem wykształceniu fachowem i ogólnem, o subtelnej kulturze i czułem sercu. Był przyjacielem swoich chorych i interesował się żywo ich losem. Miał też powodzenie wprost nieprawdopodobne, był bożyszczem swoich pacjentów — powodzenie jednak nie zepsuło go, pozostał do końca życia skromnym, nie szukał zaszczytów ani tytułów, znajdując pełne zadowolenie w zaciszu swego gabinetu ordynacyjnego i przy łóżku chorego. W najwyższym stopniu bezinteresowny, stał pod względem etycznym na niesłychanie wysokim poziomie, a dzięki swemu ujmującemu obejściu nietylko nie miał nieprzyjaciół, ale był otoczony powszechnym szacunkiem i miłością. W młodości miał wzloty naukowe i ogłosił kilka cennych prac, był jednak rasowym praktykiem, i jakkolwiek utrzymywał się do ostatka na poziomie najnowszych zdobyczy nauki, ciągnęło go raczej do czynnej — tak często skutecznej — walki z chorobą i śmiercią. Członkiem naszego towarzystwa był od chwili przyjazdu do Lwowa i do końca życia interesował się jego losami.

Cześć jego pamięci!

Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

3) Kol. Leszczyński przedstawił pracę wspólną z kol. Liebhartem p. t.: *Dermatozy hormonalne kobiece cz. II.: Acne sexualis.* Własne, długoletnie obserwacje kliniczne jak i krytyczne studjowanie piśmiennictwa a wreszcie cały szereg badań dodatkowych, laboratoryjnych naprowadziły na myśl, że *acne vulgaris* jest tak klinicznie jak i etjologicznie pojęciem zbiorowem.

Acne można podzielić na trzy odrębne grupy, różniące się między sobą tak umiejscowieniem jak i etjologją.

A) *Acne sexualis* o charakterystycznym umiejscowieniu na brodzie i średnich częściach policzków. Tej postaci *acne* towarzyszą z reguły zaburzenia w miesiączkowaniu, najczęściej o charakterze *oligo* i *opsomenorrhei*, lecz także i *hypermenorrhei*. Przeważnie gładkie wyleczenie po podawaniu odpowiednich preparatów jajnikowych.

---

[1]) Opisany w Przegl. Lek. 1882 i w osobnej odbitce.

[2]) P. G. L. 1930, nr. 31, str. 614.

B) *Acne intestinalis,* usadawiająca się w odróżnieniu do pierwszego typu na tułowiu, odznacza się całym szeregiem zaburzeń przewodu pokarmowego jak ptoza, atoniczne zaparcie stolca, bardzo często kolki, rozszerzenie kiszki grubej, *plethora abdominalis,* krwawnice.

C) *Acne thyreogenes et seborrhoica.* Przy tej trzeciej postaci nie występują na pierwszy plan ani zaburzenia z zakresu narządu rodnego, ani też przewodu pokarmowego. Klinicznie postać ta charakteryzuje się bardzo ciężkiemi erupcjami, pokrywającemi równomiernie i twarz i tułów, czasem nawet kark. Bardzo silna *seborrhea,* przeważnie *oleosa.* Inkretologicznie mamy do czynienia prawie z reguły z hipertyreozą, objawiającą się jako istotna *thyreotoxicosis* z powiększeniem tarczycy. Charakterystyczne dla tej grupy są częste zajęcia gruczołów okołooskrzelowych i otrzewnowych.

Prelegent przedstawia i zdaje sprawę z szeregu przypadków dotyczących poszczególnych grup i podaje sposób i wyniki leczenia. (Streszcz. własne).

W dyskusji: Kol. L e n a r t o w i c z podkreśla doniosłość zróżnicowania form *acne,* dążyć jednak należy do określania poszczególnych postaci badaniem zewnętrznem, bez mozolnych i nieprzyjemnych dla pacjentek badań dodatkowych. Wreszcie kwestjonuje związek między *acne* a gruźlicą i zapytuje o trwałość wyników leczniczych.

Kol. L e s z c z y ń s k i odpowiada, że narazie konieczne są badania dodatkowe, żeby określić nie jakość, bo tę określić można bez badań dodatkowych, lecz stosunki ilościowe i drogę, jaką idzie schorzenie. Trwałość wyleczenia zależy od jakości uszkodzenia (chwilowe czy stałe). Związek *acne* z gruźlicą jest widoczny, jeżeli się uwzględni wysoki procent równocześnie występującej *acne* i gruźlicy.

Kol. S i e r a d z k i zapytuje, jak wpływa ciąża na przebieg *acne.*

Kol. L i e b h a r t odpowiada, że przeważnie ją pogarsza, szczególnie gdy *acne* jest na tle hipofunkcji jajników.

4) Kol. N a d e l wygłosił wykład: *Badania nad chemizmem skóry gruźliczej.* Przed badaniem skóry gruźliczej (tocznia pospolitego) badał autor prawidłową skórę ludzką. Poziom wody w skórze zdrowych wahał się między 63,8 a 70,6%. Liczby te tyczą się osobników w średnim wieku. Również miejsce pobrania skóry decyduje o wysokości poziomu wody. Autor stwierdził, że już w warunkach fizjologicznych istnieją u tego samego osobnika różnice w poziomie wody, dochodzące do 10%. (Np. skóra podudzia posiada przeciętnie 70% wody, kończyny górnej 64,5%). Przyczyną tego są inne warunki krążenia krwi i limfy. Poziom wody w podskórnej tkance tłuszczowej ulega znacznym wahaniom i zależy od rozwoju sieci łącznotkankowej podściółki tłuszczowej. U osobników otyłych jest sieć łącznotkankowa podściółki tłuszczowej stosunkowo słabsza, zatem i poziom wody niższy. Poziom tłuszczu w skórze prawidłowej waha się między 0,2 a 10%. Chlor w suchej pozostałości skóry prawidłowej wynosił 311—371 mg %.

Badanie ognisk toczniowych skóry wykazało, że daleko w rozwoju posunięte ogniska wykazują wyraźne podwyższenie poziomu wody i chloru w przeciwieństwie do ognisk płaskich, mających nieliczne guzki lub też częściowo zbliznowaciałych, u których poziom tych wartości nieznacznie tylko przekraczał normę.

Badania partyj skóry, niezajętych przez ogniska toczniowe, wykazały u tych chorych w 77% przypadków wyraźnie podwyższony poziom wody, podczas gdy poziom chloru był prawidłowy, względnie tak nieznacznie przekraczał normę, że po uwzględnieniu błędu, towarzyszącego każdemu badaniu chemicznemu, nie można nic stanowczego o tych nieznacznych podwyżkach powiedzieć.

Ta histohydrja skóry przez toczeń niezajętej jest, zdaniem autora, przypuszczalnie objawem charłactwa, towarzyszącego często tego rodzaju schorzeniom, względnie następstwem uszkodzenia skóry przez prątek Kocha. Z drugiej strony znajdywanie wysokiego poziomu wody w skórze ludzi wyczerpanych, źle się odżywiających i t. p. może świadczyć o tem, że skóra bogata w wodę może posiadać skłonność do rozmaitych zakażeń, w tym wypadku prątkiem Kocha. (Streszczenie własne).

W dyskusji kol. S a b a t o w s k i zapytuje, czy wycięcie kawałka skóry do badania (bez znieczulenia) jest bardzo bolesne, gdyż bodźce ze skóry mogą mieć duży wpływ na chemiczne właściwości skóry, dalej zapytuje o zawartość wody w *subcutis* otyłych, o chemizm białej blizny i poziom wapnia w skórze.

Odpowiedział prelegent.

Sekretarz doroczny: *H. Długosz.*

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

P r o t o k ó ł P o s i e d z e n i a N a u k o w e g o z dnia 26 stycznia 1932 roku.

1. Protokół posiedzenia naukowego z dnia 19. I. 1932 przyjęto.
2. Kol. P r e z e s odczytuje wykaz prac nadesłanych do Bibljoteki Towarzystwa.
3. Kol. G r u n d g a n d ó w n a W. przedstawia przypadek *„Zieleniaka (chloroma) u dziecka 2 letniego"* (streszczenie własne).

Dziewczynka 2 letnia poprzednio zdrowa, przed 3 miesiącami zaczęła tracić łaknienie i siły. Mniej więcej 6 tygodni temu wystąpił wytrzeszcz i guzy na czaszce, co w krótkim czasie doprowadziło do ogromnego zniekształcenia głowy. W Klinice Dziecięcej U. W. stwierdziliśmy: senność, wybitną bladość, wychudzenie oraz charakterystyczne zmiany w obrębie głowy: obwód znacznie powiększony, kolosalne wysadzenie gałek ocznych, ze zmianami krwotoczno-wrzodziejącemi na obrzękniętych powiekach i spojówkach, twarde guzy na kościach skroniowych i w okolicy ciemiączka, skóra nad guzami obrzękła, znaczne rozszerzenie żył; podniebienie twarde zgrubiałe, opuszczone ku dołowi, śluzówka jamy obrzękła, krwawiąca. Gruczoły podszczękowe duże, twarde, śledziona sięga do pępka, twarda, wątroba nieznacznie powiększona. Odruchy początkowo wzmożone, później osłabione; dziecko nie widzi; Płyn mózgowo-rdzeniowy bez zmian, wypływa pod wzmożonem ciśnieniem. Prześwietlenie klatki piersiowej zmian nie wykazuje. We krwi występują wybitne zmiany: znaczna niedokrwistość, zwiększenie ilości krwinek białych do 50.000 w tem 20% krwinek białych podzielonych, 60% myeloblastów przeważnie dużych, 17% małych ciałek jednojądrzastych, co do których można się wahać czy są to mikromyeloblasty czy też limfocyty. Postacie przejściowe od myeloblastu do dojrzałej obojętnochłonnej krwinki białej bardzo nieliczne. Poza tem spotyka się duże niezróżniczkowane twory z bardzo jasnem jądrem i rozpływającą się zarodzią. Płytek Bizozzero brak. Czas krwawienia wydłużony do 30 min. Odczyn gwajakowy we krwi ujemny. W moczu obecność białka Bence-Jonesa.

Na zasadzie następujących cech rozpoznajemy *chloroma:*

1. Wywiad — wskazujący na typową kolejność występowania objawów oraz szybkość i złośliwość rozwoju sprawy.
2. Zewnętrzny wygląd dziecka, mianowicie wymieniana w klasycznych opisach *facies chloromatosa:* żabi kształt głowy, zależny od typowego rozmieszczenia guzów w kościach skroniowych i oczodołach.
3. Zmiany białaczkowe we krwi.

Przypadki *chloroma* są rzadkie, stosunkowo najczęściej występują u starszych dzieci i młodzieży, u dziecka dwuletniego należą do rzadkości i z tego względu powyższy przypadek został przedstawiony.

Dyskusja: kol. G l u z i ń s k i uważa, iż guz, jak na zieleniaka, ma zbyt niewyraźną barwę zieloną. Może to być *myeloma.* Spostrzegał podobny przypadek, który wykazywał ciekawy obraz krwi. Na początku przez 2 lata była lekka niedokrwistość z limfocytozą, pod koniec zaś — stan białaczkowy: 50.000 krwinek białych przeważnie jednojądrzastych, które okazały się przy dokładnem badaniu komórkami plazmatycznemi. Możliwe przeto, iż w przedstawionym przypadku 17% nierozpoznanych krwinek było również komórkami plazmatycznemi. Należy dokładnie przeto zróżnicować poszczególne postacie krwinek białych.

Kol. S ł a w i ń s k i zwraca uwagę na doskonałe wyniki leczenia zieleniaków naświetlaniem promieniami rentgenowskiemi. Autorzy amerykańscy uzyskiwali niekiedy zupełne wyleczenie.

4. Kol. W ę g i e r k o J. wygłosił odczyt p. t. *„Badania nad żółcią wątrobową: samoistne wydzielanie żółci u psów i człowieka"* (streszczenie własne).

Prelegent omówił na początku dotychczasowe metody zakładania przetoki żółciowej, dla wydobywania żółci wątrobowej oraz wyniki badań, osiągniętych przez rozmaitych autorów nad wpływem bodźców pokarmowych na wydzielanie się żółci wątrobowej. Po tym wstępie prelegent przedstawił istotę zakładania przetoki żółciowej, według metody własnej. Opierając się w zasadzie na metodzie zakładania przetoki żółciowej, stosowanej przez Cytronberga, prelegent wycinał pęcherzyk żółciowy i stwarzał takie warunki, aby przewód pęcherzykowy i przewód żółciowy wspólny znajdowały się w jednej płaszczyźnie. W ten sposób prelegent wprowadzał dren gumowy z otworami bocznemi do przewodu wspólnego, zbierając całkowitą żółć z licznych u psa przewodów wątrobowych. Żółć w podobnych warunkach nie mogła spływać do dwunastnicy, lecz dzięki otworom bocznym drenu i działaniu syfona, spływała na zewnątrz. Metoda według prelegenta, daje możność otrzymywania całkowitej żółci wątro-

bowej oraz nie wyłącza wewnętrznego obiegu żółci, gdyż w chwilach wolnych od doświadczeń żółć ścieka do dwunastnicy.

W 24 godzinnych doświadczeniach na psach, które przez cały ten przeciąg czasu nie otrzymywały pożywienia, prelegent otrzymał dane następujące: ilość wydzielanej żółci w odstępach godzinowych wahała się nieznacznie.

Ogólne stężenie żółci (ciężar właściwy), pozostałość sucha, wskaźnik załamania światła ulegały nieużym wahaniom. To samo dotyczy poszczególnych składników żółci (cholesteryna, żółciany, chlorki, azot całkowity i pozabiałkowy) oraz niektórych jej własności fizyczno-chemicznych (napięcie powierzchniowe, zapas zasad, pH).

W doświadczeniach na chorej, która miała założoną, dla celów leczniczych przetokę przewodu wątrobowego, autor doszedł również do podobnych wyników, a mianowicie, że stężenie żółci wątrobowej, wydzielającej się samoistnie, bez udziału bodźca pokarmów, nie ulega wybitniejszym wahaniom.

Dyskusja: Kol. Czubalski uważa zastosowaną metodę za najlepszą. Zapytuje czy założenie kateteru przez przetokę wyłącza dopływ żółci do przewodu pokarmowego, czy też żółć może dostawać się doń. Ma to wybitne znaczenie, gdyż żółć jest najpotężniejszym bodźcem dla wątroby i jako taki wywiera wpływ na części stałe, gęstość i inne własności żółci. Jeżeli żółć dostaje się do przewodu pokarmowego, to doświadczenie odbywa się w warunkach prawidłowych. Podkreślić należy brak wpływu 24 godzinnego doświadczenia na właściwości żółci, mimo niepodawania pokarmów, niemożności ruchów i odpoczynku.

Kol. Roguski J. (streszczenie własne): zwraca uwagę, iż „wyprostowanie" dróg żółciowych u psa jest niemożliwe. Drogi żółciowe pozawątrobowe przebiegają w różnych płaszczyznach, czyniąc kilka zagięć. Mówca podkreśla ważność tresury zwierząt, służących do doświadczeń. Opierając się na danych, uzyskanych przez siebie na psie z przetoką całkowitą, po przecięciu przewodu żółciowego wspólnego, porównuje wyniki otrzymane przez siebie i przez Prelegenta.

Stwierdza naogół zgodność danych. Przyczyną mniejszej zawartości cholesteryny w swoim materjale kładzie na karb różnic w sposobie odczytywania wyników w kolorymetrze. Odczyn barwny przy tak małej zawartości cholesteryny, jak się znajduje w żółci, nie daje się tak wyraźnie odczytać jak w surowicy krwi.

Metodę otrzymywania żółci wątrobowej przedstawioną przez W. uważa za metodę oryginalną, nie zaś za modyfikację jakiejkolwiek z istniejących.

Kol. Cytronberg S. uważa że dotychczasowe metody otrzymywania żółci wątrobowej były złe, gdyż, przecinając przewód wspólny pozbawiano ustrój fizjologicznego bodźca, nie przecinając go, otrzymywano tylko nieznaczną część żółci wątrobowej. Dla uniknięcia tych 2 wad wszywał pęcherzyk żółciowy nie po prawej, lecz po lewej stronie. Otrzymywał przez to jakby wyprostowanie dróg żółciowych. Wprowadzając dren do przewodu wspólnego przez działanie syfonu otrzymywał prawie wszystką żółć wątrobową. Kol. Węgierko główną cechę tej metody zachował, upraszczając ją dla własnych celów, metoda jego nie jest przeto metodą oryginalną. Następnie podkreśla konieczność zupełnego unieruchomienia zwierzęcia dla uniknięcia wahań wskaźnika refraktometrycznego żółci.

Kol. Roguski (streszczenie własne): przedstawia rysunki ilustrujące zmienność budowy dróg żółciowych psa, zaczerpnięte z książki W. Ellenbergera i H. Bauma.

Kol. K. Węgierko (streszczenie własne). Uważa uwagi prof. Czubalskiego za słuszne. W czasie 24 godzinnych doświadczeń żółć nie dopływa do dwunastnicy, zatem doświadczenie odbywa się w warunkach niefizjologicznych, co niewątpliwie należy uwzględnić. Chodziło tu jednak o przekonanie się, czy w 24 godzinnem doświadczeniu bez udziału bodźców mamy również małe wahania stężenia żółci. Myśl zakładania przetoki żółciowej, uwzględniającej wewnętrzny obieg żółci i dającej możność otrzymywania całkowitej żółci w czasie doświadczeń należy do kol. Cytronberga. Sposób stosowany przez kol. Węgierkę może służyć jedynie do badania żółci wątrobowej i dla tego celu jest o wiele dogodniejszy niż sposób Cytronberga. Pęcherzyk żółciowy tak silnie zagęszcza żółć, że bez jego wycięcia niema pewności czy żółć wątrobowa nie zawiera domieszki żółci pęcherzykowej. Dla tego też badacze dotychczasowi, którzy pracowali nad żółcią wątrobową otrzymywali inne wyniki niż podane w odczycie. Nie przekonali się oni o małych wahaniach stężenia żółci wątrobowej, wątpliwe bowiem, czy rzeczywiście badali tylko samą żółć wątrobową.

Kol. W. Orłowski (streszczenie własne): Dużą zasługą kol. Węgierki jest opracowanie metody, która daje możność otrzymywania żółci wątrobowej z zachowaniem wewnętrznego obiegu żółci i bez domieszki żółci pęcherzykowej. Dzięki tej metodzie Dr. Węgierko uzyskał możność przeprowadzenia rozległych badań nad wydzielaniem żółci wątrobowej i jej własnościami fizyczno-chemicznemi u psów bez wpływu żadnych czynników oraz pod wpływem zadziałania czynników psychicznych wody, mięsa, tłuszczów, węglowodanów, hormonów, wreszcie niektórych wód mineralnych. Z badań nad wpływem wymienionych czynników Dr. W. zda sprawę na jednym z następnych posiedzeń. Badania Dra W. są na razie jedyne w piśmiennictwie nietylko z tego względu, że dotyczą samej tylko żółci wątrobowej, przy zachowaniu wewnętrznego obiegu żółci, lecz i ze względu na rozległe badania tej żółci ze strony jej własności fizyczno-chemicznych. Zasługą Dr. Węgierki jest też ustalenie faktu, że żółć wątrobowa, wydzielająca się samoistnie odznacza się stałością większości swoich składników zarówno u psów, jak i człowieka.

5. Kol. Zawadowski W. wygłosił odczyt p. t.: *Radjodiagnostyka nowotworów płuc oraz kilka uwag o ich radjoterapji.* (Streszczenie własne).

Pierwotny rak płuca występuje w bardzo wielu odmiennych postaciach anatomopatologicznych. Każda z nich rozwijając się w oskrzelach, lub w miąższu płucnym, czyni ten ostatni bezpowietrznym, co modyfikuje w pewien sposób prawidłowy obraz radjologiczny płuc. Ten sam wpływ wywierają: szerzenie się drogami chłonnemi i na opłucną. Również i powikłania raka, t. j. niedodma i dołączające się do sprawy nowotworowej zakażenie zmienia obraz prawidłowy, dając rozmaitego rodzaju zaciemnienia. Do tych objawów morfologicznych dołączają się objawy ruchowe, wynikające bądź ze zwężenia oskrzela przez nowotwór, bądź też z porażenia nerwu przeponowego, co jest następstwem obecności przerzutów w śródpiersiu.

Wszystkie powyższe momenty wyrażają się w obrazie radjologicznym rozmaitemi rodzajami cieni nieprawidłowych lub też zaburzeniami kinematyki, t. j. nieprawidłowemi ruchami przepony, śródpiersia i żeber.

Wartość danych radjodiagnostycznych w ustaleniu ostatecznego rozpoznania jest bardzo duża, a nieraz nawet głównie na radjodiagnostyce opiera się rozpoznanie raka płucnego, pod warunkiem, że rozporządza ona badaniem kompletnem, t. zn. badaniem seryjnem wielokrotnie powtarzanem i badaniem odlewowem drzewa oskrzelowego (bronchografja), ewentualnie też rozpoznawczą odmą opłucnową.

Wychodząc z podziału anatomopatologicznego Kaufmanna, uzupełnionego szeregiem postaci z podziału Huguenin'a, prelegent odróżnia dziesięć postaci radjologicznych raka pierwotnego płuca, t. j.

1) Postać wewnątrzoskrzelową, prowadzącą do zwężenia, a potem do zamknięcia oskrzela.
2) Postać wnękową w rozmaitych odmianach.
3) Postać zacieniania płatowego.
4) Postać cienia okrągłego w polu płucnem.
5) Postać zacieniania jednostajnego całego pola płucnego z przemieszczeniem śródpiersia lub bez (postać opłucnowa lub wrzekomo-opłucnowa).
6) Postać śródpiersiowopłucną, w której rozszerzenie cienia środkowego wybija się na pierwszy plan.
7) Postać smugowatych zagęszczeń okołooskrzelowych, odpowiadającą zrakowaceniu naczyń chłonnych (t. zw. *„lymphangitis carcinomatosa")*.
8) Postać prosówkową.
9) Postać cieni okrągłych mnogich.
10) Postać jamistą w rozmaitych odmianach.

Omawiając kolejno każdą z powyższych postaci i przedstawiając liczne przeźrocza, ilustrujące je, oraz serje przeźroczy, unaoczniające rozwój i rozrost raka, powstawanie przerzutów i cofanie się ich pod wpływem napromienianń leczniczych, prelegent zaznacza, że postacie radjologiczne nie odpowiadają ściśle postaciom anatomopatologicznym. Są one raczej odbiciem pewnych okresów rozwoju fazy nowotworowej. O ile niektóre z tych postaci radjologicznych odpowiadają zmianom początkowych (1, 2, 4), to znowu inne (3, 6, 7, 8, 9, 10) są nieraz dalszym okresem rozwoju tego samego przypadku.

Postać 5 t. zn. zacienienie jednostajne całego pola płucnego przedstawia się natomiast jako okres końcowy ku któremu dąży większość wszystkich raków pierwotnych płuca i to tak przez rozrost nowotworu w samem płucu, jak i przez szerzenie się na opłucnej (płyn), jak również przez wystąpienie powikłań.

Żaden z powyższych obrazów jako taki nie jest znamiennym dla raka płucnego, gdyż może być spostrzegany w innych cierpieniach.

Jeżeli jednak badania nasze wykonamy serjami, powtarzającemi się co 1—2 tygodni, stwierdzić możemy w raku stałe

i równomierne powiększenie się zacienienia, odpowiadające rozrostowi sprawy chorobowej, jeżeli na podstawie zmian kinematyki i badania odlewowego oskrzeli stwierdzimy ich zwężenie, jeżeli w pewnym momencie stwierdzimy obecność przerzutów, czy to w miąższu płucnym, czy też w śródpiersiu (rozszerzenie cienia środkowego, porażenie nerwu przeponowego, ucisk na przełyk i oskrzela), wtedy rozpoznanie radjologiczne nabierze charakteru bardzo wielkiego prawdopodobieństwa lub pewności.

Prelegent zwraca uwagę na bardzo duże trudności rozpoznawcze w tych przypadkach, w których rak pierwotny rozwija się na podłożu zmian zapalnych przewlekłych, które występują w obrazie radjologicznym, jako wybitne zmiany cieniowe. Wtedy pierwsze okresy rozwoju raka są prawie niemożliwe do stwierdzenia, nawet zapomocą bronchografji, gdyż nierzadko rak pierwotny płuca, nawet pochodzenia oskrzelowego, nie powoduje ich zwężenia.

Dopiero wystąpienie przerzutów w płucu zdrowem skierowuje uwagę na istotę sprawy chorobowej.

Napromieniania próbne odgrywają w diagnostyce raka pierwotnego płuca znacznie mniejszą rolę niż w nowotworach śródpiersia. Wyciągając wnioski z odczynu miejscowego i ogólnego po napromienianiu należy się strzec wszelkiego szematyzmu i pamiętać o tem, że odczyn po napromienianiu zależy od:

1) techniki napromieniania, i
2) budowy histologicznej raka.

Technika napromienianń w ostatnich latach ulega pewnej ewolucji w tym kierunku, że obecnie zarzucona została całkowita technika niemiecka dawek masywnych, zaś na jej miejsce weszła technika szkoły francuskiej, polegająca na stosowaniu dawek dzielonych, podawanych w serjach, trwających około kilku tygodni. Wraz z ulepszeniem techniki polepszyły się i rezultaty napromieniania raka pierwotnego płuca.

W literaturze niemieckiej znajdujemy często wzmianki o zupełnej promienioodporności raka pierwotnego płuca. W chwili obecnej należy pogląd ten odrzucić jako błędny.

Histopatologja raka pierwotnego płuca obejmuje bardzo liczne postacie, złożone bądź z komórek niezróżnicowanych i niedojrzałych, bądź też zróżnicowanych i to w rozmaitym stopniu. Wskutek tego mamy wśród nowotworów tych szereg typów o całej skali promienio-czułości. Najbardziej promienioczułe są raki drobnokomórkowe (podstawno-komórkowe), najmniej zaś gruczolakoraki i raki płaskokomórkowe obficie rogowaciejące. Prelegent zwraca uwagę na błąd monografji raka płucnego opracowanej przez Lenka, który nie uwzględnia różnic histopatologicznych i różnic w promienioczułości, lecz uważa wszystkie raki płucne za jednakowo promienioodporne.

Wkońcu prelegent przedstawia dwa własne przypadki raka pierwotnego płuca leczone promieniami X. W jednym rozpoznanie zostało potwierdzone biopsją gruczołu nadobojczykowego, w drugim zaś pojawieniem się przerzutów w mózgu. Obydwa przypadki spostrzegane już w ciągu przeszło roku wykazują dużą promienioczułość tak, że guz w płucu znika prawie zupełnie po serji napromienianń, co ilustrują przeźrocza ze zdjęć wykonanych przed i po leczeniu. (Całość ukaże się w druku w czasop. „Gruźlica", 1932).

Dyskusja: kol. Rubinrot stwierdza bogactwo postaci raka płuc. Rozpoznanie różniczkowe jest bardzo trudne (nowotwory łagodne, bąblowiec, kiła, ziarnica złośliwa i t. d.). Dla ustalenia umiejscowienia w płucu lub opłucnej należy zakładać odmę sztuczną. Proponuje stosowanie jej w przypadkach raków płuc dla następczego leczenia naświetlaniami promieniami rentgenowskiemi. Szybkość znikania zmian po radjoterapji nie rozstrzyga czy mamy nowotwór złośliwy czy ziarnicę złośliwą.

Kol. Drozdowicz uzależnia niepomyślny przebieg przypadków raka płuc po naświetlaniu promieniami rentgenowskiemi od obrzmienia. Wywołuje ono nasilenie objawów duszności i wzmaga skłonność do krwawień w rakach oskrzeli. Duszność spotykał często, natomiast krwawienia — wyjątkowo rzadko. Możliwe, że ma tu znaczenie dobór dawek promieni rentgenowskich. Zapytuje zatem jakie dawki były stosowane w omawianych przypadkach.

Kol. Zawadowski (streszczenie własne): radjodiagnostyka i radjoterapja przedstawiają obszerny materjał, którego nie można wyczerpać w krótkim referacie. Referat posiada cały szereg braków ominął np. diagnostykę różniczkową ale omówienie jej było niemożliwe. Prelegent chciał omówić parę rzeczy, które uważa za konieczne podkreślić, mianowicie to, że, operując w semjologji radjologicznej całym szeregiem objawów i rozporządzając szeregiem cieni, stwierdzamy zmiany tylko zgrubsza. Nie możemy tą metodą stwierdzać zmian histologicznych. Mimo to rozpoznanie raka może być postawione, jeżeli mamy badania seryjne i bronchografję. Te rodzaje badań pozwolą nam stwierdzić stały, niepohamowany rozrost guza, co przemawia za nowotworem złośliwym. Inne procesy mogą się rozrastać, ale to jest ujęte w pewne cykle, nowotwór zaś rośnie stale. Jeżeli możemy poznać zwężenie oskrzeli, wtedy rozpoznanie raka zyskuje na prawdopodobieństwie i może być uważane za pewne. Co do leczenia to mam 2 przypadki korzystnego działania naświetlań, które doprowadziło do chwilowego wyleczenia. Jest to niesłychanie cenne, bo przypadki takie wskazują na to, iż napromienianiem można osiągnąć dobre wyniki lecznicze. Jeżeli w przypadkach mniej promienioczułych nie udaje się osiągnąć ustąpienia guza, możemy działać korzystnie objawowo zmniejszać ból, duszność i męczący kaszel. Ciekawej sprawie dawkowania promieni prelegent zamierza poświęcić osobny odczyt.

Sekretarz dor.: *Karol Chodkowski.* Prezes: *Witold Orłowski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dnia 7 czerwca 1932 r. o godz. 8 wiecz. 1) Pruszczyński A. Tłuszczak języka. 2) Zawadowski W. Radjoterapja pierwotnych nowotworów płuc. 3) Held J. O gastrochromoskopji i jej wartości rozpoznawczej.

VIII. Zjazd Oto-Laryngologiczny oraz Walne Zebranie członków Polskiego Towarzystwa Oto-Laryngologicznego odbędzie się w Warszawie, ul. Zgoda Nr. 8. dnia 26 czerwca r. b. godz. 9.30. Posiedzenie naukowe. 1) Otwarcie Zjazdu. Wybór przewodniczącego i sekretarza Zjazdu. 2) T. Wąsowski (Wilno). Zapalenie przewlekłe zatoki szczękowej w świetle spostrzeżeń kliniki wileńskiej. 3) A. Dobrzański (Lwów). Wyniki operacyjnego leczenia przewlekłego ropienia jamy szczękowej i czołowej. 4) A. Laskiewicz (Poznań). Wyniki ankiety Polskiego Komitetu do badań nad ozeną. 5) A. Schwarzbart (Kraków): a) Z kazuistyki rentgenoterapji nowotworów złośliwych, b) Cholesteatoma. Meningitis. Sanatio. — Godz. 16. Walne Zebranie. 1) Zagajenie Walnego Zebrania przez Prezesa T-wa. Wybór przewodniczącego i sekretarza Walnego Zebrania. 2) Sprawozdanie sekretarza, skarbnika, bibljotekarza i komisji rewizyjnej Zarządu Głównego i poszczególnych sekcyj. 3) Sprawozdanie Redaktora „Polskiego Przeglądu Oto-Laryngologicznego". 4) Wybory: prezesa, 2 wice-prezesów, sekretarza, skarbnika, bibljotekarza, komisji rewizyjnej i redaktora „Polskiego Przeglądu Oto-Laryngologicznego". 5) Oznaczenie miejsca i daty przyszłego Zjazdu. 6) Wolne wnioski. Godz. 20. Bankiet, wydany przez sekcję Warszawską na cześć kolegów przyjezdnych.

Polskie Towarzystwo Zwalczania Gośćca zawiadamia, że projektowany przez Międzynarodową Ligę Zwalczania Reumatyzmu kongres międzynarodowy przeciwreumatyczny, który miał się odbyć w Rzymie, odbędzie się w Paryżu w dn. 13—15 października 1932 r. Bliższych informacyj udziela Zarząd Polskiego Towarzystwa Zwalczania Gośćca, Warszawa, Nowy Świat 23/25 w siedzibie Ogólno-Państwowego Związku Kas Chorych.

W Państwowej Szkole Higjeny odbędzie się w czasie od 4—23 lipca 1932 r. kurs przeszkolenia higjenicznego dla nauczycielstwa szkół powszechnych. Zgłoszenia przyjmuje i informacji udziela Sekretarjat Państwowej Szkoły Higjeny, Warszawa, ul. Chocimska 24, tel. 8.94-81.

Z Tow. Lekarskiego Warszawskiego. Na opróżnione wskutek śmierci Dra Leona Babińskiego stanowisko Sekretarza Stałego powołany został prof. Antoni Leśniowski.

Poświęcenie Instytutu Radowego. W d. 29 maja r. b. odbyło się poświęcenie nowego gmachu Instytutu Radowego w obecności p. prezydenta Rzeczypospolitej. Na uroczystości te przybyli z Paryża patronka Intytutu pani Marja Skłodowska-Curie oraz dyrektor Instytutu radowego w Paryżu prof. Regau. W szeregu przemówień, zagajonych przez prezesa komitetu budowy Instytutu, dziekana Wydziału lekarskiego prof. Paszkiewicza, podnoszono zasługi naukowe pani Curie, która przez cały czas budowy okazywała żywe zainteresowanie się tą sprawą, a przez zaofiarowanie jednego grama radu, dała instytucji realne podstawy egzystencji.

50-lecie Towarzystwa kolonij letnich im. Dra Stanisława Markiewicza. W d. 29 maja r. b. urządzono w Warszawie uroczystą akademję w celu uczczenia niespożytych zasług inacjatora i gorliwego pierwszego kierownika tej instytucji dra Markiewicza. Referat przedstawiający powstanie, rozwój i wielki pożytek kolonji letnich dla dzieci wygłosiła pani drowa Jadwiga Pawińska.

Ruch służbowy w Państwowej Służbie Zdrowia za miesiąc kwiecień 1932 r. W Państwowych Zakładach Służby Zdrowia. Mianowani: Dr. Oszacki Aleksander, docent Uniwersytetu Jagiellońskiego, do odwołania ordynatorem w VII st. sł. w Państwowym Szpitalu św. Łazarza w Krakowie dekretem z dn. 22. III. 1932 r. — Przeniesieni w stan spoczynku: Dr. Koenig Brunon, adjunkt w VII st. sł. w Państwowym Zakładzie Badania Żywności w Poznaniu, z dniem 30-go kwietnia 1932 r. w myśl art. 29 znowelizowanej ustawy emerytalnej z dn. 18. III. 1932 r. dekretem z dn. 26. IV. 1932 r. — Limonienko Włodzimierz, w stanie nieczynnym księgowy w VIII st. sł. w Państwowym Zakładzie Zdrojowym w Busku-Zdroju, z dn. 30 kwietnia 1932 r. w myśl art. 29 znowelizowanej ustawy emerytalnej z dn. 18. III. 1932 r. dekretem z dn. 11. IV. 1932 r. — Pieracki Tadeusz, skarbnik w VIII st. sł. w Państwowym Zakładzie Zdroj. w Krynicy, z dniem 30. IV. 1932 r. w myśl art. 29 znowelizowanej ustawy emerytalnej z dn. 18. III. 1932 r. dekretem z dn. 14. IV. 32 r. — We Władzach II instancji: Przeniesienia: Zawidzki Józef-Wiktor, insepktor farmaceutyczny w VI st. sł. w Urzędzie Wojewódzkim w Łucku, na własną prośbę w dotychczasowym charakterze i stopniu służbowym do Lubelskiego Urzędu Wojewódzkiego dekretem z dn. 13. IV. 1932 r. — We Władzach I instancji: Przeniesienia. Dr. Kossowski Mieczysław, lekarz powiat. w VII. st. sł. w Starostwie powiatowem w Zaleszczykach, na własną prośbę na takież stanowisko i w dotychczasowym charakterze i stopniu służbowym do Starostwa powiatowego w Sieradzu — dekretem z dn. 13. IV. 1932 r. Dr. Polek Aleksander, lekarz powiatowy w VIII st. sł. delegowany czasowo do Starostwa powiatowego bocheńskiego, na zasadzie art. 52 ust. o państwowej służbie cywilnej w dotychczasowym charakterze i stopniu służbowym do starostwa powiatowego w Żydaczowie — dekretem z dn. 13. IV. 1932 r.

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę, dnia 8 czerwca b. r. o godzinie 8 wieczorem odbyło się w sali Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego ul. Radziwiłłowska l. 4. zwyczajne posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracje chorych z oddziału chirurgicznego Szpitala św. Łazarza (Ordynator: Prof. Dr. J. Glatzel). 2) Prof. Dr. J. Kostrzewski: „O durze wysypkowym".

Lwów.

Lwowskie Towarzystwo Lekarskie. XX. posiedzenie naukowe odbyło się w piątek dnia 10 czerwca b. r. o godz. 18-ej w sali Polikliniki przy ul. Lindego 5. Porządek dzienny: 1) Kol. Falkiewiczowa: Pokaz przyp. apraksji. 2) Kol. Oberlaender: Przypadek bezmoczu. 3) Kol. Tyszka: Działanie przeciwpotne wyciągów z mięśni szkieletowych i serca. 4) Kol. Teppa: Leczenie stanów następowych po śpiączkowem zapaleniu mózgu dużemi dawkami atropiny. 5) Kol. Rosenbusch J. i Toczyski T.: O wpływie wód Krynickich (Zuber, Jan, Józef, Karol, Słotwinka, Główny) na wydzielanie żółci.

Na stanowisko Nacz. Lekarza Kasy Chorych we Lwowie powołany został Dr. Miziura, dotychczasowy komisarz Kasy Chorych i zastępca nacz. lekarza Związku okręgowego Kas Chorych we Lwowie. Na jego miepsce przychodzi p. Dworski, dyrektor okręgowego Związku Kas Chorych, dyrektor Kasy Chorych w Drohobyczu i komisarz rządowy Kasy Chorych w Stryju. Ogólną uwagę zwraca fakt skumulowania w jednem ręku tylu odpowiedzialnych funkcyj.

Dziekanem Wydziału Lekarskiego U. J. Kazimierza wybranym został na rok akademicki 1932/3 prof. farmakologji doświadczalnej dr. Włodzimierz Koskowski.

Publikacje polskie w sprawozdaniu z VI. Międzynarodowego Zjazdu chorób zawodowych w Genewie. Na półkach księgarskich pojawiły się sprawozdania z VI. Międzynarodowego Zjazdu chorób zawodowych, wydane w Genewie w językach: francuskim, angielskim, włoskim i niemieckim. Obejmuje tom ten 1170 stronic druku i dziewięćdziesiąt kilka prac, z czego 5 publikacyj polskich, a mianowicie: 1) dr. Dziembowski (Bydgoszcz): O zakrzepach urazowych; 2) dr. Kłuszyński (Warszawa): Badania lekarskie młodocianych, jako problem ubezpieczeń społecznych; 3) dr. Mierzecki: Choroby zawodowe skóry, ich klinika i etjologja; 4) dr. Mierzecki (Lwów): Stygmata zawodowe u ceglarzy; wreszcie 5) dr. Nowakowski (Warszawa): Ołowica sezonowa.

Z kraju.

Zjazd Związku Lekarzy Kasy Chorych odbył się w Rzeszowie. Po załatwieniu całego szeregu spraw organizacyjnych i zawodowych wybrano następujący zarząd: dr. S. Dziubek (Rzeszów) przewodniczący, dr. A. Lewinter (Leżajsk) zast. przewodniczącego, J. Rubisz (Rzeszów), sekretarz i dr. M. Woś (Rzeszów) skarbnik.

Zmarli. — Warszawa.

Dr. Jan Bączkiewicz, b. prezes Naczelnej Izby Lekarskiej — Związku Lekarzy P. P. i Stowarzyszenia Lekarzy Polskich — Szambelan Papieski — wybitny specjalista chorób dziecięcych zmarł w Warszawie dn. 9 kwietnia 1932. - Żył lat 79.

Dr. Leon Babiński Naczelny Lekarz Warszawskiego Szpitala Ewangelickiego Sekretarz Stały Warszawskiego Tow. Lekarskiego — wzięty lekarz internista zmarł w Warszawie dnia 19 kwietnia 1932 r. — Żył lat 72.

Dr. Jan Kalitowski ordynator szpitala Elżbietanek w Warszawie i główny lekarz komisji Kasy Chorych — konsultant — chirurg szpitala św. Stanisława — zmarł w Warszawie, dnia 4 maja 1932 r.

Dr. Jan Olewiński b. prezes Obwodu Radomskiego Związku Lekarzy P. P., członek Zarządu Głównego, Naczelny Lekarz Radomskiej Kasy Chorych i Naczelny Lekarz Szpitala św. Kazimierza w Radomiu; urodzony w Przysusze (z. Radomskiej) w r. 1878 zmarł w Iwoniczu 16 maja 1932 r.

Dr. Edward Flatau, zmarł onegdaj w Warszawie, przeżywszy lat 63. Zmarły był jednym z najwybitniejszych lekarzy stolicy, jako znany w świecie naukowym badacz neurologji. Urodzony w Płocku w r. 1868, po ukończeniu studjów lekarskich w uniwersytecie moskiewskim, osiadł na czas dłuższy w Berlinie, gdzie prowadził samodzielne studja patologiczne i wydał szereg dzieł pierwszorzędnej wartości naukowej. W r. 1899 osiedlił się na stałe w Warszawie, obejmując stanowisko ordynatora szpitala na Czystem, gdzie rozwinął obszerną działalność kliniczną i naukową.

Zmarli. — Lwów.

Dr. Stanisław Fuchs w 67 roku życia.
Dr. Zygmunt Kamiński w 54 roku życia.

Redakcja otrzymała:

Regmunt-Sobieszczański L.: O znaczeniu woni w rozpoznawaniu chorób. Odb. z czasopisma Medycyna, nr. 6, z roku 1932.

Regmunt-Sobieszczański L.: Nouvelle modification du tubercule de Darwin complétent la classification de G. Schwalbe. Odb. z Comptes rendus de l'Association des Anatomistes. Varsovie. (3—7 Août 1931).

Rouvière H.: Anatomie des lymphatiques de l'homme. Masson et Comp. Paris 1932.

Lecercle: Elements de chirurgie. Masson et Comp. Paris 1932.

Moulonguet P.: Les diagnostics anatomo-cliniques de P. Lecène. (Appareil génital de la femme). Masson et Comp. Paris 1932.

Lyon Gaston: Précis de clinique sémiologique. Masson et Comp. Paris 1932.

Blanc Henry: L'èpreuve de la phénol-sulfone-phtaléine en chirurgie urinaire. Masson et Comp. Paris 1932.

Clerc A., et Comp.: Problèmes actuels de pathologie médicale. Masson et Comp. Paris 1932.

I. Sprawozdanie z działalności Białostockiego Wojewódzkiego Szpitala dla psychicznie chorych. Choroszcza 1932.

Thérapeutique médicale IV. Poumon et tuberculose. Masson et Comp. Paris 1932.

Nègre et A. Bouquet: Le traitement de la tuberculose par l'antigène méthylique (antigénothérapie). Masson et Comp. Paris 1932 r.

L. de Weck: Effets éloignés du pneumothorax thérapetique. Masson et Comp. Paris 1932.